

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



54(4)
Ljubljana 2020

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:

- **doc. dr. 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 veleučilište 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
- **izr. prof. dr. Miha Lučovnik**, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, 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
- **viš. pred. Petra Petročnik**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **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
- **red. prof. dr. Brigita Skela-Savič**, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija
- **viš. pred. dr. Tamara Štemberger Kolnik**, Zdravstveni dom Ilirska Bistrica, 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

Lektorica za slovenščino:

Simona Jeretina

Lektorici za angleščino:

lekt. mag. Nina Bostič Bishop

lekt. dr. Martina Paradž

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

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

Spletna stran: <https://obzornik.zbornica-zveza.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: 580 izvodov

Prelom: Nataša Artiček – Vizuart, s. p.

Tisk: Tiskarna knjigoveznica Radovljica d. o. o.

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.

Izdajo sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

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 2020 Letnik 54 Številka 4
Ljubljana 2020 Volume 54 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 / EDITORIAL**

- Let us not neglect or even put it aside: palliative care as an integral part of the right to life and dignified end of life
 Paliativna oskrba naj ne bo zanemarjena ali celo potisnjena na stranski tir: paliativna oskrba kot sestavni del pravice do življenja in dostojanstvenega konca življenja
Andraž Teršek 272

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- The influence of international mobility programmes on nursing students' personal and professional development: a descriptive research
 Vpliv mednarodnih programov mobilnosti na osebno in profesionalno rast študentov zdravstvene nege: opisna raziskava
Igor Karnjuš, Mirko Prosen, Boško Krivičić, Sabina Ličen 279

- Etični konflikti med medicinskimi sestrami v intenzivni enoti
 Ethical conflicts among nurses in intensive care units
Katja Naraločnik, Barbara Donik, Sergej Kmetec, Zvonka Fekonja 289

- Vrednotenje zahtevnosti zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: opisna raziskava
 Evaluation of nursing care intensity in the intensive care unit: a descriptive research
Elvina Okanović, Melita Peršolja 297

- Odnos Rominj do reproduktivnega zdravja in do stika z ginekološkimi zdravstvenimi službami: kvalitativna opisna raziskava
 Attitudes of the Roma women towards reproductive health and their experience with gynaecological health service providers: a qualitative descriptive research
Marjeta Logar Čuček 304

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

- Uporaba in učinkovitost glasbene terapije v enoti intenzivne terapije: sistematični pregled literature
 The use and effectiveness of music therapy in an intensive care unit: a systematic literature review
Tanja Zadravec, Dušan Mekiš, Sergej Kmetec, Dominika Vrbnjak 315

- Zdravstveni coaching kot pristop zdravstvene vzgoje k zdravemu življenjskemu slogu mladih: pregled literature
 Health coaching as a new approach in health education for a healthy lifestyle of young people: a literature review
Rok Drnovšek, Andreja Kvas 326

Editorial / Uvodnik

Let us not neglect or even put it aside: palliative care as an integral part of the right to life and dignified end of life

Paliativna oskrba naj ne bo zanemarjena ali celo potisnjena na stranski tir: paliativna oskrba kot sestavni del pravice do življenja in dostojanstvenega konca življenja

Andraž Teršek^{1, 2, 3, *}

There is one health only. Human health should be understood holistically: psyche (mentality) plus physiology (physicality), as two parts of a whole. And it seems reasonable to conclude that there is only one *death with dignity*. This is the main purpose and central message of my editorial (although I do not oppose the idea of legalising voluntary euthanasia as a "last resort" in cases of unbearable suffering and lack of possibility of healing or prolonging life, which at the same time means a dignified and quality life for the individual as a person, without unbearable suffering and the desire to continue living in medically conditioned agony and despair, only to suffer and deteriorate until natural death (Teršek, 2012)).

Or as my friend and outstanding psychiatrist and scientist wrote before cancer ended his precious life:

"It might be a good time for public health experts to move from the mental health as one of the health determinants to the mental health as the main health indicator of the interplay between the unpleasant life circumstances or events on one side and the quality of health care on the other. Life events and circumstances are known to have a considerable effect on our health in general with the mental health being the most acutely responsive and as such the most sensitive one. As such, the mental health should be developed into a most sensitive health indicator indicating some possible effects of a different quality of health care on one hand or life events and changed life circumstances on the other" (Marušič, 2009, p. 93).

In this short editorial essay, I will not directly address the human and constitutional right to "dignity" and legal protection of a "decent life" of any *individual-as-person* in a social sense (Barak, 2015). In my home country, the Republic of Slovenia, an European Union

(EU) Member State, I have been repeating publicly for several years, as a warning and an appeal to the state and the general public, that the *right to life* as such is still not adequately, legally correctly and effectively protected. What I am pointing to is the right to LIFE, the right FOR LIFE, the right to "live a life" until it ends in – its natural – death, and in DIGNITY.

At the time when the coronavirus outbreak was officially declared a pandemic in 2020, this problem was exactly what it seemed: life itself was placed at the core of the issue, of the events. Nationally and globally. Especially the lives of people who, due to their age or previous illnesses, possibly chronic in nature, represented the most vulnerable group: the *elderly* and *terminally ill* (Preskorn, 2020). As can be seen from the reports of EU commissions and committees, from the Slovene National Institute of Public Health (NIJZ) and related institutes in other EU Member States and across the Atlantic, many of these people were not provided with the best nursing care or high-quality and optimal medical and psychological care (RTVSLO, 2020; Sancin, 2020; Siolnet, 2020).

There were many substantial and noticeable differences between EU Member States in this regard. For example, according to media reports and interviews with doctors and other medical professionals conducted by Slovenia's public television, in Slovenia patients aged 75 years or more accounted for 80 % of deaths presumably resulting from the COVID-19 virus, whereas in neighbouring Austria this population accounted for only 20 % of deaths. Quite a difference, one would argue? While we may have some doubts about this information and cannot regard it as categorically reliable (besides, such data varies between individual EU Member States), we may

¹ University of Primorska, Faculty of Education, Cankarjeva 5, 6000 Koper, Slovenia

² University of Primorska, Faculty of Humanities, Titov trg 5, 6000 Koper, Slovenia

³ European Faculty of Law, New University, Mestni trg 23, 1000 Ljubljana, Slovenia

* Corresponding author / Korespondenčni avtor: andraz.tersek@gmail.com



nevertheless tentatively conclude – by browsing the internet and combining the publicly offered reports by nursing homes (Krajnc, 2020) and official government statistics – that the elderly and terminally ill presented the most vulnerable population (National Institute of Public Health of the RS [NIJZ], 2020). I am referring to the people whose lives were quickly slipping away due to terminal illness even before the actual *state of emergency* (even if only *de facto* and not *de iure*) was declared at the time of the pandemic, addressed as (merely) "extraordinary circumstances" (for the constitutional-law analysis of the restrictions on constitutional rights and freedoms by the government decree during the official pandemic, see Dragan and Teršek (2020)). Many of these people unfortunately lost their lives during the pandemic. Should we be concerned about this fact? I maintain that we should and must be very concerned (Mekina, 2020).

Palliative care as a fundamental human right

In its most important final decision on voluntarily euthanasia and physician-assisted suicide, the European Court of Human Rights (ECtHR) explicitly stated: "Other research indicated that many people who requested physician-assisted suicide withdrew that request if their depression and pain were treated. In their experience, palliative care could in virtually every case succeed in substantially relieving a patient of physical and psychosomatic suffering" (Pretty v. the United Kingdom, 2002; Valentinčič, 2015). This statement has only reaffirmed and intensified my firm conviction of the need to raise awareness, as objectively and reasonably as possible, of the importance of palliative care which is to be organised systemically and with the highest possible quality and effectiveness.

For several years, I have been publicly warning in Slovenia that the state – or any EU member state – is legally obliged by its Constitution and international law to provide high-quality, effective, systemically and institutionally regulated care for the elderly and terminally ill (Secretariat of the Commission of the European Community, 2016), especially for people who are naturally approaching the end of their lives (voluntary euthanasia and physician-assisted suicide still being excluded and prohibited under criminal law). This is also an explicit requirement or rather a demand of the ECtHR case law (Pretty v. the United Kingdom, 2002; Valentinčič, 2015). The right to life as such also includes in itself the legal duty of the state to provide adequate care for the terminally ill and dying via its legal policies and legislation, and through systemic mechanisms and appropriate institutions, which are to function effectively and without financial obstacles. This is an essential part of the so-called constitutional *doctrine of positive obligations of the State* (Mowbray, 2004). According to this doctrine, which forms an integral part of the common European

law, the state must do everything reasonable within its power to optimally regulate the life situation of the terminally ill and dying. It must provide them with an effective institutional care and thus ensure that they spend their pain- and suffering-filled final days in as dignified, peaceful and humane a manner as possible. The state must ensure this due to the existing and confirmed human right to a dignified life, so as to fulfil its legal obligation to protect the *right to a dignified life* - which includes *dignified natural death*. In other words, this right also includes the right to a dignified and as painless as possible "waiting" for natural death (World Health Organisation [WHO], 2020).

As I have publicly repeated for several years, the state must therefore either establish and operate a system of hospices and other palliative care facilities, or provide privately established hospices and palliative care providers with legal, financial and systemic assistance of the highest possible (objective and reasonable) degree. Above all, the state must not allow these institutions to become fewer and fewer in number, or to have less and less professional staff available, not to say less and less funds. In its policies and financing, the state must not allow or even cause these institutions to close their doors or to stop functioning due to a lack of professional staff and funding. Should the state administration allow this to happen, it would not only act immorally and in an ethically unacceptable manner, but it would also be in violation of its legal duty under the Slovene Constitution and the common European law, the legal order of the EU as such and the ECtHR case law.

If the state fails to do so, or fails to do so in an efficient and persuasive manner, not only politically, but also legally responsible for failing to fulfil its positive legal obligations and for violating the right to life *as such* – of these people and their loved ones. This also applies in any case where the state fails to provide financial assistance to those who provide such services, thus making their work significantly more difficult or even impossible.

Palliative care before euthanasia

There are many citizens, members of academia, medical scientists and in particular ethical philosophers in Slovenia who accept and strongly support the idea of legalising voluntarily euthanasia and medical physician-assisted suicide. This question has already been publicly addressed and repeated: Are there convincing reasons to reconsider our position on *the right to die* and to justify its recognition as a constitutional right? Many well-founded reasons seem to argue in favour of a constitutional and medical re-evaluation of certain approaches to such issues of life and death. Our concern with issues of death should in fact imply the highest possible concern for an effective, persuasive and responsible protection of the quality

of life *per se*. In constitutional terms, this means the strongest and most effective protection of the right to human dignity, the dignity of each individual-as-person, which seems, at least to me personally, to be an absolute, convincing and coercive necessity. This concern and responsibility must be strengthened. This had already been obvious before, it became obvious during the COVID-19 pandemic, and it is becoming even more obvious now, after the official end (let us hope not only the end of the first "wave") of the epidemic in Slovenia.

At the same time, there are several fair, reasonable and convincing arguments which support the view that the right to active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide should be legally allowed, at least in some cases. Society could (or would) thus necessarily, responsibly and persuasively also demonstrate its respect for other fundamental human rights and specific issues, such as (the most obvious) liberty interest and the right to an effective protection of human dignity and to life in dignity. This is an argument which is most strongly emphasised by publicly active supporters of the proposal.

However, before the Republic of Slovenia recognises the right to voluntary euthanasia and physician-assisted suicide by law, which I consider to be a legitimate proposal of secondary importance, a goal of primary importance must be achieved: to secure and establish a much more efficient and high-quality systemic and institutional responsibility regarding the right to life and human dignity (Teršek, 2014). First, a high-quality and effective system of palliative care is needed. Second, a high-quality and effective systemic protection of mental health, for each individual and the Nation as a whole. Third, a quality and effective system of suicide prevention.

Direct focus should be directed towards fulfilling the *primary goal*: effective protection of mental health, suicide prevention and ensuring high-quality palliative care. The latter is also a positive obligation of the state according to the case law of the ECtHR (*Pretty v. the United Kingdom*, 2002), an obligation to place this vital and responsible task within the framework of improving the public health system and improving the systemic care for the terminally ill and the elderly, as well as for children, especially those who are terminally ill and those with special needs. This includes empowering their parents, guardians, educators and teachers with knowledge, sufficient funds and employment possibilities. I firmly believe that this is a reasonable component of the positive obligations of the state. However, before this task is completed in a systemic and institutional manner that is convincing, effective and of the highest quality, any genuine attempt to defend the right to die as a fundamental right, any attempt to hold a serious and credible discussion on a general "right to die" will seem no more than inappropriate (Teršek, 2020b).

Increased awareness and strengthened positive obligations

It is necessary to increase and strengthen the awareness of the legally existing positive obligation of the state to secure, through its day-to-day politics, the general public and the legal community, high-quality and effective legal policies, adequate institutional environment and legal mechanisms for providing high-quality and effective palliative care — of course and above all by doctors and other healthcare professionals.

»Doctors, nurses and allied health professionals who work in hospitals are increasingly required to provide care and service to older people with complex needs who may be at the end of life. Balancing treatment of end-stage chronic complex conditions with identification of, and preparation for, the end of life are the skills in which many healthcare professionals are inadequately educated. Hospital systems and clinicians have become so wonderfully skilled at treating chronic complex illness and prolonging life, that entering into discussions about the inevitable end of life or dying may seem rather superfluous. However, we will all die. For professionals, learning how to begin conversations about future care needs and likely prognosis is key – along with effective teamwork, recognising and responding to suffering, and compassionate care when death is imminent« (Devery, 2020).

The state must assist them, through a high-quality public healthcare system, by providing the necessary financial resources and funds for the quality and development of the education system of future doctors, scientists and professional staff in the field of medicine, nursing and palliative care, as well as through an adequate salary, personnel and employment policies in the health sector.

Institutions such as hospices and nursing homes should not be regarded as second- or third- class institutions or even be pushed aside and overlooked. The same applies to the professional staff needed for a high-quality operation of these institutions, their employment opportunities and the level of their personal income (Teršek, 2020a). After all, this is not only a legal issue (and problem). It is a matter of ethics, a matter of humanity.

Slovenian translation / Prevod v slovenščino

Zdravje je eno samo. Človekovo zdravje je treba razumeti celostno: psiha (miselnost) ter fiziologija (telesnost) namreč tvorita neločljivo celoto. Iz tega sledi, da je dostojanstvena smrt prav tako ena sama. To je pglavitni namen in osrednje sporočilo mojega uvodnika, čeprav ne nasprotujem zamisli o legalizaciji prostovoljne evtanazije v smislu »skrajnega ukrepa« v primerih neznošnega trpljenja in nezmožnosti

ozdravitve ali podaljšanja življenja. Obenem to pomeni posamezniku kot človeku omogočiti dostojno in kakovostno življenje brez neznosnega trpljenja in želje po nadaljevanju življenja v medicinsko pogojeni agoniji in obupu samo z namenom podaljšanja trpljenja in mučenja do naravne smrti (Teršek, 2012).

Ali kot je zapisal moj prijatelj ter izjemen psihiater in znanstvenik, preden je rak končal njegovo dragoceno življenje:

Morda je sedaj čas, da strokovnjaki za javno zdravje preidejo z razumevanja duševnega zdravja kot enega od dejavnikov zdravja na duševno zdravje kot poglavitni zdravstveni kazalnik prepletanja tako neprijetnih življenjskih okoliščin ali dogodkov kot tudi kakovosti zdravstvene oskrbe. Vemo, da življenjski dogodki in okoliščine pomembno vplivajo na splošno zdravje človeka, pri čemer je duševno zdravje zaradi svoje visoko akutne odzivnosti tudi najbolj občutljivo. Posledično bi bilo duševno zdravje potrebno upoštevati kot najbolj občutljivejši zdravstveni kazalnik, ki po eni strani odseva možne učinke različnih stopenj kakovosti zdravstvene oskrbe, po drugi strani pa življenjske dogodke in spremenjene življenjske okoliščine (Marušič, 2009, str. 93).

V svojem kratkem uredniškem esaju ne bom neposredno obravnaval človekove in ustavne pravice do »dostojanstva« ali pravnega varstva »dostojnega življenja« vsakega posameznika kot osebe v družbenem smislu (Barak, 2015). V svoji domovini, Republiki Sloveniji, državi članici Evropske unije (EU), že vrsto let javno opozarjam državo ter širšo javnost, da *pravica do življenja* kot taka še vedno ni primerno, pravno ustrezno in učinkovito zaščitena. V tem kontekstu ciljam neposredno na pravico DO ŽIVLJENJA, pravico ZA ŽIVLJENJE, pravico »živeti življenje«, dokler se to ne zaključi z naravno smrtjo, DOSTOJANSTVENO.

V času uradno razglašene pandemije koronavirusna 2020 je bil problem natanko ta: življenje samo je bilo postavljeno v jedro problematike in dogodkov na nacionalni in svetovni ravni. Zlasti življenje oseb, ki so zaradi starosti ali predhodnih (morda kroničnih) boleznih predstavljali najbolj ogroženo populacijo: *starejših in neozdravljivo bolnih* (Preskorn, 2020). Kot je razvidno iz poročil komisij in svetov Evropske unije, slovenskega Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) in sorodnih inštitutov v drugih državah članicah EU ter onkraj Atlantika, mnogim od teh posameznikov ni bila zagotovljena optimalna zdravstvena nega ali kakovostna in optimalna zdravstvena ter psihološka oskrba (RTVSLO, 2020; Sancin, 2020; Siolnet, 2020).

V tem smislu so bile med državami članicami EU bistvene in opazne razlike. Medtem ko je bilo v Sloveniji, sodeč po medijskih poročilih in intervjujih z zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci, ki jih je opravila slovenska javna televizija, med smrtnimi primeri, ki so bili najverjetneje neposredna posledica virusa COVID-19, kar 80 % starejših od 75 let, je v

sosednji Avstriji ta populacija predstavljala le 20 % smrti. Najbrž je upravičeno trditi, da je razlika precejšnja. Glede teh podatkov imamo lahko določene zadržke, saj jih ni mogoče enostavno sprejeti kot kategorično zanesljive. Prav tako se tovrstni podatki razlikujejo med državami članicami EU. Pa vendarle lahko izpeljemo previden zaključek: glede na spletne podatke in pregled javno dostopnih sporočil vodstev domov za starejše (Krajnc, 2020) ter glede na uradne državne statistike v najbolj ogroženo populacijo sodijo ostarele in neozdravljivo bolne osebe (National Institute of Public Health of the RS, 2020). V mislih imam ljudi, katerih življenje se je zaradi neozdravljive bolezni hitro bližalo koncu, še preden je prišlo do dejanskega izrednega stanja (čeprav le *de facto*, ne pa tudi *de iure*), ki se ga je obravnavalo kot (zgolj) »izredne okoliščine« v času pandemije (za ustavnopravno analizo omejitev ustavnih pravic in svoboščin z vladno uredbo med uradno pandemijo glej Dragan in Teršek (2020)). Mnoge od teh oseb so med pandemijo žal izgubile življenje. Bi nas to dejstvo moralo skrbeti? Trdim, da bi nas moralo in nas mora zelo skrbeti (Mekina, 2020).

Paliativna oskrba kot temeljna človekova pravica

Evropsko sodišče za človekove pravice (ESČP) v svoji najpomembnejši končni odločitvi o prostovoljni evtanaziji in samomoru z zdravniško pomočjo izrecno navaja, da nekatere raziskave kažejo, da številni ljudje, ki zaprosijo za samomor z zdravniško pomočjo, to prošnjo umaknejo po zdravljenju depresije in bolečin. Sodeč po njihovih izkušnjah, bi lahko paliativna oskrba v skoraj vsakem primeru bistveno razbremenila pacienta njegovega fizičnega in psihosomatskega trpljenja (Pretty v. the United Kingdom, 2002; Valentinčič, 2015). To samo še potrjuje in krepi moje prepričanje o nujnosti ozaveščanja o pomenu sistemsko organizirane ter karseda kakovostne in učinkovite paliativne oskrbe.

V Sloveniji že vrsto let javno opozarjam, da je država – ali katera koli država članica EU – po ustavi in mednarodnem pravu zakonsko obvezana k zagotavljanju kakovostne in učinkovite, sistemske in institucionalno urejene oskrbe starejših in neozdravljivo bolnih (Secretariat of the Commission of the European Community, 2016). To velja predvsem za tiste osebe, ki se hitro približujejo naravnemu koncu življenja (kazenska zakonodaja še vedno izključuje in prepoveduje prostovoljno evtanazijo in samomor z zdravniško pomočjo). To je tudi izrecna zahteva ustaljene sodne prakse ESČP (Pretty v. the United Kingdom, 2002; Valentinčič, 2015). Pravica do življenja sama po sebi vključuje tudi zakonsko dolžnost države, da neozdravljivo bolnim in umirajočim nudi ustrezno nego s pomočjo pravnih politik, zakonodaje ter sistemskih mehanizmov in ustreznih institucij, ki morajo delovati učinkovito in brez finančnih ovir. To je sestavni del tako imenovane ustavne *doktrine*

o pozitivnih obveznostih države (Mowbray, 2004). V skladu s to doktrino, ki je sestavni del skupnega evropskega prava, mora država storiti vse, kar je od nje upravičeno pričakovati, da optimalno uredi življenjsko situacijo neozdravljivo bolnih in umirajočih. Z zagotovitvijo učinkovite institucionalne oskrbe mora tem osebam omogočiti, da muke in trpljenje ob koncu življenja preživijo čim bolj dostojanstveno, mirno in humano. Država mora to zagotoviti zaradi svoje pravne obveznosti glede uresničevanja obstoječe in potrjene človekove pravice do dostojnega življenja, ki vključuje dostojanstveno naravno smrt. Z drugimi besedami, ta pravica vključuje tudi pravico do dostojanstvenega in čim bolj nebolečega »čakanja« na naravno smrt (World Health Organisation [WHO], 2020).

V Sloveniji že dolga leta javno ponavljam, da mora država zato bodisi vzpostaviti in voditi sistem hospicov in drugih objektov paliativne oskrbe bodisi zagotoviti pomoč zasebno ustanovljenim hospicem in izvajalcem paliativne oskrbe, če je to (objektivno in razumno) mogoče v pravnem, finančnem in sistemskem smislu. Predvsem pa država ne sme dopustiti znižanja števila tovrstnih ustanov ali njihovega strokovnega osebja (in sredstev). V kontekstu državnih politik in sistema financiranja država ne sme dopustiti ali celo povzročiti zapiranja, propada ali prenehanja delovanja tovrstnih ustanov zaradi pomanjkanja razpoložljivega strokovnega osebja in financiranja, saj bi takšno ravnanje državne uprave bilo ne le nemoralno in etično nesprejemljivo, ampak bi s tem kršila pravno dolžnost države – tako po slovenski ustavi kot po skupnem evropskem zakonodajnem pravnem redu EU ter sodni praksi ESČP.

Če država tega ne zagotovi oziroma tega ne zagotovi dovolj učinkovito in prepričljivo, je ne le politično, ampak tudi pravno odgovorna za neizpolnjevanje pozitivnih zakonskih obveznosti in tako posameznikom kot njihovim svojcem za kršitev pravice do življenja. To velja tudi v vsakem primeru, ko država z nezagotavljanjem finančne pomoči tistim, ki tovrstno dejavnost opravljajo, znatno oteži ali celo onemogoči njihovo delovanje.

Paliativna oskrba pred evtanazijo

V Sloveniji številni državljani, člani akademskih krogov, raziskovalci s področja medicine, predvsem pa etični filozofi ne le pozdravljajo, ampak močno podpirajo zamisel o legalizaciji prostovoljne evtanazije in samomora z zdravniško pomočjo. Vprašanje, ki je že bilo javno zastavljeno in ponovljeno, se glasi: Ali obstajajo prepričljivi razlogi za ponovno opredelitev stališča do pravice do smrti in za upravičenje njenega priznanja v smislu ustavne pravice? Zdi se, da v prid ponovni ustavni in zdravstveni presoji nekaterih pristopov k vprašanju življenja in smrti govorijo številni utemeljeni razlogi. Osredotočanje na vprašanja, povezana s smrtjo, naj bi vendarle odsevalo največjo

možno skrb za učinkovito, prepričljivo in odgovorno varovanje kakovosti življenja. Ta namreč v ustavnem smislu pomeni najmočnejšo in najučinkovitejšo zaščito pravice do človekovega dostojanstva, torej dostojanstva vsakega posameznika, kar pa vsaj jaz osebno vidim kot absolutno, prepričljivo in nujno potrebo. To skrb in odgovornost je treba okrečiti. Kar je bilo očitno že prej in je postalo očitno med pandemijo koronavirusa COVID-19, postaja vse bolj očitno zdaj, po uradnem koncu (upajmo ne le koncu prvega »vala«) epidemije v Sloveniji.

Obenem obstaja nemalo tehtnih, racionalnih in prepričljivih argumentov, ki podpirajo stališče, da bi bilo pravico do aktivne prostovoljne evtanazije in samomora z zdravniško pomočjo vsaj v nekaterih primerih treba zakonsko dovoliti. Družba bi s tem (lahko) nedvoumno, odgovorno in prepričljivo izkazala spoštovanje do drugih temeljnih človekovih pravic in posebnih vprašanj, kot so (najbolj očitno) osebne svoboščine ter pravica do učinkovite zaščite človekovega dostojanstva in dostojanstvenega življenja. Javno najaktivnejši zagovorniki tega predloga najbolj poudarjajo ravno ta argument.

Preden pa Republika Slovenija zakonsko prizna pravico do prostovoljne evtanazije in samomora z zdravniško pomočjo, kar vidim kot legitimen predlog sekundarnega pomena, je treba doseči cilj primarnega pomena: zagotoviti in vzpostaviti mnogo učinkovitejšo in kakovostnejšo sistemsko in institucionalno odgovornost glede pravice do življenja in človeškega dostojanstva (Teršek, 2014). Najprej je torej treba zagotoviti kakovosten in učinkovit sistem paliativne oskrbe, nato kakovostno ter učinkovito sistemsko varovanje duševnega zdravja vsakega posameznika in naroda kot celote, nenazadnje pa tudi kakovosten in učinkovit sistem preprečevanja samomorov.

Neposreden poudarek bi moral biti na doseganju primarnega cilja, ki je zagotavljanje učinkovitega varovanja duševnega zdravja, preprečevanje samomorov ter zagotavljanje kakovostne paliativne oskrbe. Slednje je pozitivna obveznost države tudi v skladu s sodno prakso ESČP (Pretty v. the United Kingdom, 2002). To nujno in odgovorno nalogo bi bilo treba postaviti v kontekst izboljšanja sistema javnega zdravja ter izboljšanja sistemske nege neozdravljivo bolnih in starejših, prav tako tudi nege otrok, zlasti neozdravljivo bolnih in otrok s posebnimi potrebami, kar pa vključuje tudi opolnomočenje njihovih staršev, skrbnikov, vzgojiteljev in učiteljev z znanjem, zadostnimi sredstvi in možnostmi zaposlitve. Odločno menim, da je to smiseln sestavni del pozitivnih obveznosti države. Dokler ta naloga ne bo prepričljivo, učinkovito in karseda kakovostno opravljena na sistemski in institucionalni ravni, bosta vsakršno prizadevanje v smeri zagovarjanja pravice do smrti kot temeljne pravice ter vsak poskus resne in verodostojne razprave o splošni »pravici do smrti« vse prej kot primerna (Teršek, 2020b).

Večja ozaveščenost in okrepljene pozitivne obveznosti

Povečati in okrepiti moramo zavedanje o pravno obstoječi pozitivni obveznosti države, da zagotavlja kakovostne in učinkovite pravne politike, institucionalno okolje ter pravne mehanizme, ki bi na področju dnevne politike, splošne javnosti in pravne skupnosti podprli prizadevanja za vzpostavitev kakovostnega in učinkovitega sistema paliativne oskrbe, seveda predvsem s strani zdravnikov in drugega strokovnega zdravstvenega osebja.

Od zdravnikov, medicinskih sester in sorodnih profilov zdravstvenega osebja v bolnišnicah se vse bolj zahteva skrb za zadovoljevanje kompleksnih potreb starejših oseb, ki so morda na koncu življenja. Zmožnost zdravljenja neozdravljivih kroničnih zapletenih bolezni končnih stadijev ter prepoznavna konca življenja in priprava na smrt sta kompetenci, ki sta pri mnogih zdravstvenih delavcih premalo razviti. Bolnišnični sistemi in zdravniki so namreč za zdravljenje kroničnih zapletenih bolezni in podaljšanje življenja usposobljeni tako vrhunsko, da se odpiranje razprave o neizogibnem koncu življenja ali umiranju morda zdi odveč. Vendar bomo vsi umrli. Za zaposlene v zdravstvu so poleg učinkovitega timskega dela, prepoznavanja in odzivanja na trpljenje ter sočutne oskrbe, ko je smrt neizogibna, ključnega pomena tudi spretnosti in znanja, povezana s tem, kako načeti pogovor o prihodnjih potrebah pacienta po oskrbi in verjetni prognozi (Devery, 2020).

Država mora s kakovostnim javnim zdravstvenim sistemom ter ustrezno plačno politiko, kadrovske politiko in politiko zaposlovanja v zdravstvenem sektorju zdravstvenim delavcem zagotoviti potrebna finančna sredstva, prav tako pa tudi sredstva za kakovost in razvoj izobraževalnega sistema bodočih zdravnikov, znanstvenikov ter strokovnega osebja na področju medicine, zdravstvene nege in paliativne oskrbe. Institucij, kot so hospici in domovi za ostarele, ne bi smeli prištevati med drugo- ali tretjerazredne, niti jih ne bi smeli spregledati ali potisniti na stranski tir. Enako velja za strokovno osebje, ki je nujno potrebno za kakovostno delovanje teh ustanov, za njihove zaposlitvene možnosti ter višino njihovih osebnih dohodkov (Teršek, 2020a). Navsezadnje to ni samo pravno vprašanje (in problem). To je stvar etike, stvar človečnosti.

Conflict of interest / Nasprotje interesov

Avtor izjavlja, da ni nasprotja interesov. / The author declares that there is no conflict of interest.

Literature

Barak, A., 2015. *Human dignity: the constitutional value and the constitutional right*. Cambridge: Cambridge University Press.

Devery, A., 2020. End-of-life essentials: increasing professionals' skills and confidence in end-of-life care. *The Blog of the European Association for Palliative Care*, 27. 5. 2020. Available at: <https://eapcnet.wordpress.com/2020/05/27/end-of-life-essentials-increasing-professionals-skills-and-confidence-in-end-of-life-care/> [30. 5. 2020].

Dragan, J. & Teršek, A., 2020. Constitutional-law analysis on constitutional rights and freedoms restrictions in time of 2020 pandemic. *Javna uprava*, 56(1/2), pp. 85–102.

Krajnc, M., 2020. Zdurove strani: domovi za starejše v času epidemije. *Vzajemnost*, 10. Available at: <https://www.vzajemnost.si/clanek/184730/domovi-za-starejse-v-casu-epidemije/> [15. 6. 2020].

Mekina, I., 2020. Prepuščeni smrti v »intimnem domu«: starostnike diskriminirali, vlada pa »šminka« grozno resnico. *Insajder*. Available at: <https://insajder.com/slovenija/prepusceni-smrti-v-intimnem-domu-starostnike-diskriminirali-vlada-pa-sminka-grozno-resnico> [28. 5. 2020].

Marušič, A., 2009. One health only. *Revus*, 10, p. 93. <https://doi.org/10.4000/revus.1060>

Mowbray, A., 2004. *The development of positive obligations under the European Convention on human rights by the European Court of Human Rights*. Oxford: Cambridge University Press.

Preskorn, S., 2020. Coronavirus Disease 2019: the first wave and beyond. *Psychiatric Times*. Available at: <https://www.psychiatristimes.com/view/coronavirmediaus-disease-2019-first-wave-and-beyond> [25. 6. 2020].

Pretty v. the United Kingdom, 2002-I Eur. Ct. H.R., no. 2346/02.

RTVSLO, 2020. Oskrbovanci domov za starejše obležali v "umazanih pleninah". 1. 4. 2020. Available at: <https://www.rtvsllo.si/svet/s-in-j-amerika/oskrbovanci-domov-za-starejse-oblezali-v-umazanih-pleninah/525212> [30. 5. 2020].

Sancin, V., 2020. Domovi za ostarele: protest sindikatov. *Primorski dnevnik*, 2. 7. 2020. Available at: <https://www.primorski.eu/trzaska/domovi-za-ostarele-protest-sindikatov-XH548202> [2. 8. 2020].

Secretariat of the Commission of the European Community, 2016. *Opinion of the working group on ethics in research and medicine on palliative care in the EU*. Brussel: COMECE. Available at: http://www.comece.eu/dl/uuomJKJKooNMJqx4KJK/PalliativeCARE_EN.pdf [2. 7. 2020].

Siolnet, 2020. Grozljive razmere v kanadskih domovih za starejše. 27. 5. 2020. Available at: <https://siol.net/novice/svet/v-kanadskih-domovih-za-starejse-grozljive-razmere-526348> [6. 6. 2020].

National Institute of Public Health of the RS (NIJZ), 2020. *Coronavirus disease COVID-19*. Available at: <https://www.nijz.si/en> [28. 10. 2020].

Teršek, A., 2012. Pravica do smrti: vstop v razširjeno polje svobode. *Pravnik*, 67(129), pp. 541–556.

Teršek, A., 2014. *Teorija legitimnosti in sodobno ustavnštvo*. Koper: Univerzitetna založba Annales, Univerza na Primorskem, pp. 312–322.

Teršek, A., 2020a. Kdo so junaki. *IUSINFO*, 3. 4. 2020. Available at: <https://www.iusinfo.si/medijsko-sredisce/kolumne/261090> [29. 6. 2020].

Teršek, A., 2020b. Reflection on legal and political deliberations regarding human life and dignity after the 2020 Coronavirus Pandemic. *ECHR case law*, 12. 6. 2020. Available at: <https://www.echrcaselaw.com/en/2020-pandemic/reflection-on-legal-and-political-deliberations-regarding-human-life-and-dignity-after-the-2020-coronavirus-pandemic/> [6. 7. 2020].

Valentinčič, N., 2015. Pravica do odločitve o času in načinu lastne smrti. *Dignitas*, 65/66, pp. 37–38. Available at: <http://revije.nova-uni.si/index.php/dignitas/article/view/227> [15. 6. 2020].

World Health Organization (WHO), 2020. *Palliative Care*. Available at: <https://www.who.int/home/search?query=palliative+care&page=1&pagesize=10&sortdir=desc&sort=relevance&default=AND&f.Countries.size=100&f.Lang.filter=en&f.RegionalSites.size=100&f.Topics.size=100&f.contenttype.size=100&f.doctype.size=101&facet.field=RegionalSites&facet.field=Topics&facet.field=doctype&facet.field=Countries&facet.field=contenttype&facet.field=Lang&tune=true&tune.0=3&tune.1=2&tune.2=2&tune.3=3&tune.4=180&tune.5=75> [5. 7. 2020].

Cite as / Citirajte kot:

Teršek, A., 2020. Let us not neglect or even put it aside: palliative care as an integral part of the right to life and dignified end of life. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(4), 272–278. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3054>

Original scientific article / Izvirni znanstveni članek

The influence of international mobility programmes on nursing students' personal and professional development: a descriptive research

Vpliv mednarodnih programov mobilnosti na osebno in profesionalno rast študentov zdravstvene nege: opisna raziskava

Igor Karnjuš^{1,*}, Mirko Prosen¹, Boško Krivičič², Sabina Ličen¹

Key words: nursing; international exchange; students; education; cultural immersion

Ključne besede: zdravstvena nega; mednarodne izmenjave; študenti; izobraževanje; kulturna imerzija

¹ University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Polje 42, 6310 Izola, Slovenia

² Izola General Hospital, Polje 40, 6310 Izola, Slovenia

* Corresponding author /
Korespondenčni avtor:
igor.karnjus@fvz.upr.si

ABSTRACT

Introduction: Student mobility programmes have become a valuable instrument in student education as they enable the acquisition of essential knowledge, skills and attitudes, and equip the individual more effectively to work in the globalised world. The aim of the study was to examine the impact of international exchange programmes on the personal and professional development of undergraduate nursing students.

Methods: A quantitative secondary analysis was conducted. The primary data were collected in 2016 as part of the study entitled International Nursing Student Exchange – Comparison Between Slovene and Foreign Students. The sample in the secondary analysis consisted of 73 nursing students from Slovenia and other European countries. The questionnaire included 20 statements which were rated on a 5-point Likert scale (1-strongly disagree to 5-strongly agree). The data were described on the basis of calculated mean values and the Mann-Whitney U test.

Results: On the personal level, students stressed that mobility can improve their self-confidence ($Z = -2.088$, $p = 0.037$) and acceptance of other cultures ($Z = -3.116$, $p = 0.002$). On the professional level, they highlighted the need to upgrade students' professional competencies ($Z = -3.116$, $p = 0.002$), particularly in the field of culturally competent nursing care ($Z = -2.391$, $p = 0.017$).

Discussion and conclusion: The benefits reported by nursing students seem to show that it is sensible to continue to support and promote international student mobility programmes.

IZVLEČEK

Uvod: Mednarodni programi študijske mobilnosti so postali dragocen način izobraževanja študentov, saj omogočajo pridobivanje temeljnih znanj, spretnosti in stališč ter s tem lažjo pripravo posameznika na delo v globaliziranem svetu. Cilj raziskave je bil ugotoviti vpliv programov mednarodne izmenjave na osebno in profesionalno rast študentov zdravstvene nege.

Metode: Uporabljena je bila sekundarna analiza kvantitativnih podatkov. Primarni podatki so bili zbrani leta 2016 v okviru raziskave Mednarodna izmenjava študentov zdravstvene nege – primerjava med slovenskimi in tujimi študenti. V vzorec sekundarne analize je bilo vključenih 73 študentov zdravstvene nege iz Slovenije in drugih evropskih držav. Vprašalnik je vključeval 20 trditev, ki so jih udeleženci ocenjevali na 5-stopenjski Likertovi lestvici (1 – se popolnoma ne strinjam; 5 – se popolnoma strinjam). Podatki so bili analizirani z deskriptivno statistiko in Mann-Whitneyevim U-testom.

Rezultati: Na osebni ravni so študenti poudarili, da lahko mobilnost izboljša njihovo samozavest ($Z = -2,088$, $p = 0,037$) in sprejemanje drugih kultur ($Z = -3,116$, $p = 0,002$). Na profesionalni ravni so izpostavili potrebo po nadgradnji poklicnih kompetenc študentov ($Z = -3,116$, $p = 0,002$), zlasti na področju medkulturno kompetentne zdravstvene nege ($Z = -2,391$, $p = 0,017$).

Diskusija in zaključek: Prednosti, o katerih poročajo študenti zdravstvene nege, kažejo, da je smiselno še naprej podpirati in spodbujati mednarodne programe študijske mobilnosti.



Received / Prejeto: 30. 1. 2020
Accepted / Sprejeto: 12. 10. 2020

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3020>

Introduction

Today, nurses work in culturally diverse settings, which is why the cultural competence has become key to ensuring quality nursing care. There is growing concern in both educational and healthcare institutions about the need to respond to different patient populations in order to ensure equity in health care (Memmott, et al., 2010; Kulbok, et al., 2012). In response to increasing globalisation, nursing courses have had to develop suitable learning opportunities for students (Siles Gonzalez, et al., 2016). Student mobility programmes which enable students to gain experience in another country have become a valuable way for students to acquire cultural competencies and intercultural sensitivity (Edmonds, 2010; Kelleher, 2013). Although a study placement abroad does not yet make student nurses culturally competent, it can help them recognise that there are multiple ways in which care can be provided to individuals, families and communities (Maltby, et al., 2016). Other benefits of international student mobility programmes highlighted in the literature include students' social, personal and professional development (Guedes, et al., 2018). Such international experience stimulates the exchange of best practices, ideas and values, and promotes a better understanding of various healthcare systems and practices which, in turn, contribute to one's personal and professional development (Memmott, et al., 2010). Furthermore, Siles Gonzalez and colleagues (2016) note that student mobility programmes help students increase their self-confidence and independence. Finally, the experience of learning and working outside the borders of one's country of origin enriches students' curricula and consequently increases their employability at home and abroad (Marshall, 2017).

The Bologna process has had a significant impact on student mobility. The idea of cooperation between EU member states in the field of education is supported by Article 165(1) of the Treaty on the Functioning of the European Union (EU), which states that "the Union shall contribute to the development of quality education by encouraging cooperation between Member States" (European Parliament, 2020). Today, this cooperation is implemented through the European Region Action Scheme for the Mobility of University Students (Erasmus), which enables students to study or work abroad at a foreign university or other institution / organisation (e.g., in hospitals and other clinical settings for nursing students) as part of their degree programme. This includes participation in lectures and practical training in the host country (Marshall, 2017). In 2014, the Erasmus programme was renamed and extended to cover all areas of lifelong learning, including school education, further and higher education, adult education and the youth sector, and is now known as the Erasmus Plus programme.

This programme enables participants to study, work, volunteer, teach and train in other European countries. At present, there are 33 countries participating in the Erasmus programme, including some which are not part of the EU, e.g., Macedonia, Liechtenstein, Norway, Iceland and Turkey. The programme enables students to go abroad for a minimum of 12 weeks, which, in the case of purely theoretical degrees, can be extended to the entire academic year (European Commission, 2020).

The Conference of European Ministers Responsible for Higher Education in Leuven (2009) and the Education, Audiovisual and Culture Executive Agency [EACEA] (2012) set as its target that at least 20 % of all EU students should experience student mobility by 2020 (EACEA, 2012). However, the latest available data for 2012 are not so encouraging, as the share of intra-EU student mobility did not even reach 4 % that year. In Slovenia, the proportion of students participating in international mobility was also very low (2.6 %). The highest rates of student mobility was reached in Malta, Ireland and Slovakia, where the percentage ranged from 11.2 to 14.3 (Eurostat, 2020). Several authors (Brown, et al., 2016; Kelleher, et al., 2016; Marshall, 2017) believe the main reasons which may deter nursing students from undertaking a student placement abroad are related to personal safety and access to quality health care, difficulties associated with leaving their family behind, financial challenges and language barriers. Furthermore, when referring to undergraduate nursing programmes, Kelleher and colleagues (2016) also stress that such courses are relatively demanding in terms of academic commitments with very limited time available for study abroad. In fact, this might be another barrier preventing nursing students from engaging in such experiences. It should be noted that in nursing education the practice of studying abroad is a relatively new phenomenon (de Oliveira & Tuohy, 2015) despite the fact that it has been promoted since internationalisation was identified as a main strategy in nurse education in the 1980s (Myhre, 2011). Internationalisation of the nursing curriculum through offering nursing students the opportunity to study in another country is viewed by nursing regulatory bodies as a priority, as it will better position the nursing profession within the growing global health agenda (Zanchetta, et al., 2013).

Aims and objectives

Over the past few years, the participating faculty has expanded student exchanges as more and more nursing students choose to partake in Erasmus mobility abroad. In this context, our aim was to explore undergraduate students' attitudes regarding the impact of international mobility on their personal and professional development. The aim of the study was to define potential differences between those

nursing students who have participated in a student mobility exchange and those who have not.

Methods

A quantitative secondary analysis was used. This method is defined as the use of existing data to find an answer to the research question which is different from that used in the primary analysis (Johnston, 2014). However, there must be a premise between the primary and secondary methodological approach. Secondary analysis of quantitative data provides an opportunity to maximize the usefulness of data, particularly that associated with populations which cannot be reached on a wide scale (Tate & Happ, 2018), as is the case in nursing students who have experienced international mobility. The primary data were collected in 2016 in the study entitled International Nursing Student Exchange – Comparison Between Slovene and Foreign Students (Krivičič, 2017).

The primary study addressed the broader concept of international mobility programmes for nursing students, such as their availability, student satisfaction with the organisation of exchange programmes at the home and host institutions, as well as the broader impact of mobility on students' personal and professional development. Before determining whether a secondary analysis of quantitative data was feasible, an assessment of the adequacy of the primary data was carried out, focussing in particular on their relevance and quality in relation to the new aim of the study.

Description of the research instrument

A questionnaire was developed based on a review of the relevant literature (Goodman, et al., 2008; Green, et al., 2008; Keogh & Russel-Roberts, 2009). The questionnaire consisted of three parts: i) demographic data of the participants (gender, age, year of study, marital status); ii) questions regarding the impact of international exchange on the student's personal development; and iii) questions regarding the impact of international exchange on the student's professional development. The questionnaire included 20 statements, which were to be rated on a 5-point Likert scale (1-strongly disagree to 5-strongly agree).

The linguistic equivalence of the questionnaire for Slovene students and students from other European countries was established via translation and back-translation by two independent, bilingual and professional translators. The translators were informed about the purpose of the instrument. Finally, the questionnaire was reviewed by a panel of experts consisting of a language teacher and two nursing lecturers to determine whether the concepts expressed in Slovene and English conveyed the same meaning.

A reliability analysis using Cronbach's alpha coefficient was performed to check the internal

consistency of the questionnaire. The alpha value of the entire questionnaire was 0.967, which indicates very high degree of reliability (for the part of the questionnaire relating to students' attitudes towards the impact of international mobility on their personal development, Cronbach's alpha coefficient was 0.939; while for the part of the questionnaire addressing students' attitudes towards the effects of international mobility on their professional development, Cronbach's alpha coefficient was 0.955).

Description of the research sample

Convenience sampling was employed to collect the primary data. The study included undergraduate nursing students enrolled at a single Slovene educational institution in the 2015/16 academic year (N = 287). A response rate of 18.47 % (n = 53) was achieved. The study involved nursing students of all three years of study, as well as students who, on the day of the launch of the research, held the status of a diploma candidate (additional year of study). At the educational institution where the study took place, an average of four to five Slovene nursing students undertake an Erasmus mobility placement each year. The study also included undergraduate nursing students from other European educational institutions who attended the Florence Network meeting in April 2016. As the purpose of Florence Network meetings is to discuss exchange opportunities between the participating countries, we were able to include students from other European universities as well. The meeting was attended by 75 undergraduate nursing students from 18 European countries, with 20 students participating in the study (a response rate of 26.67 %). The final number of undergraduate nursing students participating in the study was 73.

Description of the research procedure and data analysis

The study was approved by the Institutional Review Board (University of Primorska, Faculty of Health Sciences). English and Slovene versions of the questionnaire were developed using the Ika.si online application (2016). A Uniform Resource Locator (URL) to the online questionnaire was sent to students' email addresses, which had been obtained before the launch of the study. Access to both versions of the online questionnaire was restricted; students had to complete the questionnaire between 26 April and 13 June 2016. The questionnaire included a description of the study. Participation in the study was voluntary. To ensure the participants' anonymity and confidentiality, a database was created during data collection on the web server which contained the respondents' answers without their personal data and e-mail addresses. Data collection was the sole responsibility of one of

the researchers, and data were stored in a password-protected 1KA (1ka.si, 2016) account.

In the secondary analysis, data were analysed using the Statistical Package for the Social Sciences, Version 25.0. (SPSS Inc., Chicago, Illinois). Descriptive univariate statistical tests (frequencies, percentages, mean values, standard deviation) were performed to obtain nursing students' attitudes regarding international mobility. The normality assumption was evaluated using normal probability plots and the Kolmogorov-Smirnov criterion. The Mann-Whitney U test was applied to identify any significant differences between the demographic characteristics of the sample in conjunction with students' experiences with international mobility and their perceptions on how international exchange programmes affected their personal and professional development. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results

The study involved 24 male (32.9 %) and 49 female (67.1 %) nursing students. The foreign nursing students who attended the Florence Network meeting and participated in the study ($n = 20$) came from 11 different European countries, mainly Italy ($n = 4$), the Netherlands ($n = 4$), Norway ($n = 2$), Finland ($n = 2$), Sweden ($n = 2$), and one participant from each of the following countries: Czech Republic, Slovakia, Belgium, Portugal, Greece and Turkey. Further demographic data on the sample are presented in Table 1.

Table 1: Demographic data on study participants
Tabela 1: Demografski podatki udeležencev

Demographic data ($n = 73$) / Demografski podatki ($n = 73$)	n	%
Age		
Up to 22 years	35	47.9
23–26 years	30	41.1
27 or more years	8	11.0
Year of study		
First year	10	13.7
Second year	19	26.0
Third year	37	50.7
Absolvent	7	9.6
Marital status		
Single	41	56.2
Married	5	6.8
Partnership	27	37.0

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

Of the 73 students participating in the study, 17 (23.3 %) had already completed an international mobility programme (11 Slovene students and 6 students from

other European countries). The main reasons given by the students who had not undertaken international exchange ($n = 56$, 76.6 %) for not participating in an exchange programme were "lack of financial resources" ($n = 26$), "poor knowledge of foreign languages" ($n = 14$) and "fear of the unknown" ($n = 10$). Only four participants stated that they were "not interested in international mobility", and two stated that they were "not satisfied with the list of host countries offered" by their institution.

Impact of international mobility on nursing students' personal development

On the whole, students believe that international mobility can have a positive impact on their personal development (Table 2). In this part of the questionnaire, the mean scores for a single statement ranged from 4.00 to 4.51 (an overall mean score of 4.35). The highest rated statement was "*international experience encourages the creation of new friendships and acquaintances*".

We also analysed the data to determine potential differences between the responses of students who had completed international mobility and those who had not. Through the five statements, students who had participated in a mobility exchange reported a greater impact of the international experience on their personal development. In broader terms, they believe an international exchange not only influences one's acceptance of other cultures, but also affects the understanding of one's own culture. Furthermore, it encourages one's self-reflection regarding life at home and improves one's personal relationships, for example with one's family or partner. In addition, students who had an international mobility experience also indicated that international mobility can improve an individual's level of self-confidence.

In this part of the questionnaire, no major differences in mean scores were detected between Slovene students and students from other European countries. The only statistically significant difference was observed for the statement that international mobility "*encourages the creation of new friendships, acquaintances*" ($Z = -2.033$, $p = 0.042$), with the latter being rated higher by the students from other European countries ($\bar{x} = 4.8$, $s = 0.41$) than the Slovene students ($\bar{x} = 4.4$, $s = 0.91$).

Impact of international mobility on nursing students' professional development

Students also indicated that international mobility can have a strong impact on their professional development (Table 3). The overall mean score for this section of the questionnaire was 4.26 (with mean scores for individual statements ranging from 4.11 to 4.48). The highest rated statement in this section of the questionnaire

Table 2: Students' attitudes towards the impact of international mobility on individual personal development
Tabela 2: Odnos študentov do vpliva mednarodne mobilnosti na osebno rast posameznika

Statements / Trditve	All (n = 73) / Vsi (N = 73)		Yes (n = 17) / Da (n = 17)		No (n = 56) / Ne (n = 56)		Z p-value
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
International experience can have a positive impact on acceptance and tolerance of other cultures	4.36	0.82	4.82	0.39	4.21	0.87	-3.116 0.002
International experience can lead to better understanding of my own culture	4.45	0.55	4.83	0.39	4.34	0.55	-3.220 < 0.001
International experience can influence an individual's decision on further traveling	4.30	0.72	4.59	0.51	4.21	0.76	-1.911 0.560
International experience can stimulate self-reflection regarding one's life at home	4.32	0.80	4.71	0.59	4.20	0.82	-2.634 0.008
International experience can make a person's decision to move abroad easier	4.25	0.76	4.53	0.51	4.16	0.80	-1.727 0.084
International experience can improve my personal relations (with family, partner, neighbours)	4.00	0.94	4.47	0.62	3.86	0.98	-2.384 0.017
International experience can improve individuals' level of self-confidence	4.36	0.86	4.71	0.47	4.25	0.92	-2.088 0.037
International experience can improve individuals' level of autonomy	4.45	0.71	4.71	0.47	4.38	0.75	-1.724 0.085
International experience can improve learning and understanding of foreign languages	4.49	0.75	4.76	0.44	4.41	0.80	-1.763 0.078
International experience encourages the creation of new friendships, acquaintances	4.51	0.82	4.76	0.44	4.43	0.89	-1.501 0.133

Legend / Legenda: Yes – students who had experienced international exchange / študenti, ki so bili na mednarodni izmenjavi; No – students who had not experienced international exchange / študenti, ki niso bili na mednarodni izmenjavi; \bar{x} – average / povprečje; s – standard deviation / standardni odklon; Z – value / vrednost; p – statistical significance / statistična značilnost; n – number / število

Table 3: Students attitudes towards the impact of international mobility on students' professional development
Tabela 3: Odnos študentov do vpliva mednarodne mobilnosti na poklicno rast študenta

Statements / Trditve	All (n = 73) / Vsi (n = 73)		Yes (n = 17) / Da (n = 17)		No (n = 56) / Ne (n = 56)		Z p-value
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
International exchange can have a positive impact on a student's further professional development	4.29	0.87	4.59	0.51	4.20	0.94	-1.533 0.125
International experience can be useful in deciding on a student's future professional career	4.16	0.91	4.41	0.79	4.09	0.94	-1.481 0.139
International exchange can upgrade the competencies acquired during studies	4.33	0.88	4.82	0.39	4.18	0.94	-3.116 0.002
An international exchange allows a student to compare their knowledge with that acquired in other education systems	4.21	0.87	4.53	0.72	4.11	0.89	-2.024 0.043
International exchange can have a positive effect on a student's future work placement (at home or abroad)	4.27	0.89	4.53	0.72	4.20	0.92	-1.483 0.138
International exchange can have a positive effect on a student's future professional attitude at work	4.12	0.91	4.35	0.61	4.05	0.98	-0.922 0.357
International exchange can make a student more autonomous at work	4.26	0.76	4.53	0.62	4.28	0.79	-1.773 0.076
International exchange can improve understanding of the cultural competence in delivering care to patients	4.37	0.86	4.76	0.44	4.25	0.92	-2.391 0.017
International exchange can have a positive impact on the perception of my profession (feeling proud about my profession)	4.11	0.95	4.41	0.79	4.02	0.98	-1.552 0.121
International exchange can contribute to a broader understanding of nursing as a profession	4.48	0.56	4.65	0.70	4.43	0.50	-1.905 0.057

Legend / Legenda: Yes – students who had experienced international exchange / študenti, ki so bili na mednarodni izmenjavi; No – students who had not experienced international exchange / študenti, ki niso bili na mednarodni izmenjavi; \bar{x} – average / povprečje; s – standard deviation / standardni odklon; Z – value / vrednost; p – statistical significance / statistična značilnost; n – number / število

was that student mobility "*can contribute to a broader understanding of nursing as a profession*".

Students who had participated in international exchanges expressed a stronger agreement with the statement that international mobility experiences enable students to upgrade their professional skills, in particular those associated with cultural competence. They also stated that participating in an international exchange enables students to compare their knowledge with that acquired through other education systems.

When comparing the scores of Slovene students and students from other European countries, two statements showed a statistically significant difference. Students from other European countries agreed more strongly with the statement that international exchange "*can upgrade the competencies acquired during studies*" ($\bar{x} = 4.70$, $s = 0.47$ vs. $\bar{x} = 4.19$, $s = 0.96$; $Z = -2.322$, $p = 0.02$) and the statement that student mobility "*improves understanding of the cultural competence*" ($\bar{x} = 4.85$, $s = 0.37$ vs. $\bar{x} = 4.19$, $s = 0.92$; $Z = -3.458$, $p = 0.001$).

Discussion

Overall, nursing students believe that international mobility can positively influence their personal and professional development. However, the students who had already undertaken a mobility exchange programme assessed its impact as greater than those who had not had this experience. Previous studies (Myhre, 2011; Gower, et al., 2017) also demonstrate that students participating in international mobility programmes can gain greater cultural awareness and experience personal and professional development.

However, the proportion of students who had experienced international mobility in our sample was less than a third. The two main reasons given by both Slovene and international students for not participating in a mobility programme were lack of funding and poor language skills. When students undertake a placement abroad under the Erasmus programme, they receive financial support (Marshall, 2017). Through the Erasmus programme, a student can qualify for funding on condition that they spend at least three months abroad. Students receive an EU grant which compensates for their travel and accommodation costs in the host country. The amount is not the same for all countries participating in the programme and is defined by respective national agencies in agreement with the national authorities according to the costs of living in the host country (programme countries are divided into three groups) (European Commission, 2020). However, it often happens that these grants do not cover all the costs arising from the mobility exchange, and students need to secure additional funding themselves.

Students also pointed out the problem of poor fluency in foreign languages. Several authors describe

the need for students to adequately prepare for a stay abroad, especially with regard to the language of the host country. De Oliveira and Tuohy (2015) note that students going abroad should be fluent in the language of the host country. In fact, some studies from countries where English is not used as an official language show that nursing mentors often feel insecure when they supervise international students in clinical settings and use English as a working language (Myhre, 2011). Proficiency in the language of the host country enables students to demonstrate their competence and enhances their learning process (Gower, et al., 2017; Guedes, et al., 2018). Effective communication in nursing is the cornerstone of students' professional growth, as it enables them to establish therapeutic relationships with patients and their families and with other health professionals (de Oliveira & Tuohy, 2015). However, in a study conducted by Keogh and Russell-Roberts (2009), German students who participated in an exchange programme in Finland stated that, despite language barriers, they always managed to find a way to communicate with patients, colleagues or lecturers, even though they occasionally had to use non-verbal communication. Nevertheless a certain level of English language proficiency is essential for students, teachers and clinical mentors to ensure a quality learning process.

Students believe that studying abroad stimulates their personal development. Gower and colleagues (2017) describe personal development as a transformation which enables a person to see the world from a different perspective which in turn broadens their worldview. During a stay abroad it is important for the individual to be open to new experiences in order to benefit from them. Guedes and colleagues (2018) emphasise that students can perceive an international experience to a large extent as an opportunity for personal as well as professional development. During an exchange programme, nursing students are likely to face numerous challenges on the personal, social and cultural levels (Myhre, 2011). Guedes and colleagues (2018) claim that the experience of studying abroad allows students to develop their autonomy, emotional control and self-confidence. Indeed, when staying in a foreign country, students are confronted with new situations and responsibilities, such as needing to plan their daily expenses, living with people outside the family environment and culture of origin, feeling homesick and missing their family members and friends etc. Although the beginning of this journey can be quite stressful for students, most of them return enthusiastic about their experience and express a notable increase in their personal confidence and maturity (Milne & Cowie, 2013). In our study, students who had already undertaken an international exchange emphasised that it had a positive effect on their ability of self-reflection and that it boosted their self-confidence. In a study by Green and colleagues

(2008), nursing students reported that the experience of living and studying abroad had given them a sense of fulfilment. Milne and Cowie (2013) add that students who complete an exchange abroad learn to appreciate their own culture and other cultures more, which is also in line with our findings. The experience of spending a longer period abroad provides students with the opportunity to develop and heighten their awareness of different cultural values, which facilitates greater tolerance of others and gives them a better understanding of how challenging life can be for members of minority ethnic groups (Gower, et al., 2017). Maltby and colleagues (2016) investigated whether the international exchange experience in a low-income country versus a high-income country was reflected differently in nursing students' development of cultural awareness. According to their conclusions, one's cultural awareness changes regardless of the host country. In fact, the general experience students obtain through any mobility programme is that of being an outsider. Siles Gonzalez and colleagues (2016) find that to most students the personal experience of having been a member of a minority group represents the key precursor to the formation of new personal cultural awareness and tolerance. This also has a strong influence on the perception of the student as a nurse, as they have the opportunity to experience perspectives which will directly influence their future care and management practices (Kohlbray, 2016).

In terms of professional growth, students stated that spending some time abroad gave them a broader understanding of nursing as a profession. During longer placements abroad, students were able to obtain a more accurate overview of the healthcare system of the host country. They were able to discern the differences between the two systems and also identify the strengths and weaknesses of the system of their country of origin (Milne & Cowie, 2013; De Oliveira & Tuohy, 2015). Browne and colleagues (2015) state that the opportunity to experience another country's healthcare system and being immersed in its daily clinical practice is of far greater benefit to students than formal lectures on the care provided. In a study by Green and colleagues (2008), students from the United Kingdom and Sweden who had participated in a mobility programme stated that this experience not only expanded their knowledge and practical skills, but also raised their awareness of the differences in individual healthcare practices and nursing roles. Similar findings are reported in a study by Keogh and Russel-Roberts (2009), in which students from Germany were able to directly experience a significantly different nursing system compared to their own. Gower and colleagues (2017) emphasise that the experiences gained during an international mobility exchange serve to confirm the existing practices, while also encouraging students to review and change their practices.

Nursing students who had already experienced studying abroad agreed more strongly that international exchange has an impact on upgrading one's professional skills, especially in the field of intercultural nursing care. Although the curricula of most undergraduate nursing programmes address cultural topics and their relationship with patient care (Edmonds, 2010), several authors emphasise that registered nurses are still not sufficiently prepared to meet the needs of patients from different cultural backgrounds (Gower, et al., 2017; Guedes et al., 2018; Southgate & Wrench, 2020). At present, due to the growing ethnic diversity of people requiring nursing care, nursing students need multicultural experiences, and international mobility programmes can provide for this need. Studying abroad facilitates the development of cultural sensitivity in nursing students, which directly improves the quality of patient care (de Oliveira & Tuohy, 2015). Edmonds (2012) stresses that during a mobility placement, nursing student learn how to overcome ethnocentrism. In clinical placements, they come into contact with patients and families from various cultural backgrounds, beyond the level of a tourist. Nursing students can thus develop positive habits which will aid them in their future nursing practice and promote quality patient care (Edmonds, 2010).

Based on our sample, compared to Slovene students, students from other European countries seem to be more aware of the importance of intercultural care in nursing. One reason for this could be that Slovenia has a relatively small number of foreign citizens and could therefore be defined as a culturally homogenous state (Prosen, 2018). Consequently, Slovene students may be less sensitive to this aspect of nursing than students from other European countries. In our study, the latter came mostly from countries such as Italy, the Netherlands and Sweden, where the population structure is particularly diverse. As high-income countries they are more strongly exposed to migrant flows. However, over the past decade, Slovenia, as an EU member state, has also become an increasingly attractive destination for migrants (European Migration Network, 2019). Several authors (Brown, et al., 2016; Gower, et al., 2017; Southgate & Wrench, 2020) note that globalisation and increasing levels of migration make it necessary to increase nursing students' sensibility to the issues of cultural diversity and importance of intercultural nursing care, and international mobility seems to be an appropriate strategy to this end. In fact, the Slovene students who had taken part in mobility exchange programmes agreed more strongly that such an experience improves nursing students' understanding of intercultural competencies.

The results of our study are consistent with the results in the available literature. Nevertheless, certain limitations should be taken into account. The sample size of the study was relatively small and the

number of Slovene and international students was not equal. Moreover, the Slovene nursing students participating in the study only came from one Slovene educational institution. For this reason, the results of this study should be interpreted with caution, as these limitations make it impossible to generalise them to all European nursing students. Moreover, the validity of the questionnaire was based only on Cronbach's value, which means that further psychometric tests should be performed. Caution should therefore be exercised when generalising the results and findings of this study. Further research could focus on external or actual constraints which might influence student mobility exchanges, such as financial issues, institutional support strategies, curriculum design, etc.

Conclusion

The results of the study suggest that international mobility programmes have a major impact on nursing students' personal and professional development. Students who had already experienced a mobility exchange programme rated the impact of such programmes more positively. Studying abroad brings new experiences into the lives of individuals and can thus help nursing students become more confident and able to provide better and culturally competent nursing care. It therefore seems worthwhile to continue to support and encourage students' international mobility opportunities. As enthusiastic role models, faculty members play an important role in promoting international student exchanges. Furthermore, the promotion of international mobility needs to start early in an academic programme and should include detailed information as well as provision of administrative support.

Conflict of interest / Nasprotje interesov

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

Funding / Financiranje

The study (secondary data analysis) received no funding. / Raziskava (sekundarna analiza podatkov) ni bila finančno podprta.

Ethical approval / Etika raziskovanja

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). / Članek je pripravljen v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

Author contributions / Prispevek avtorjev

The first authors conducted a secondary data analysis, prepared the first draft of the article and completed the final version of the article. The second author performed a critical review of the draft and completed the final version of the article. A third author collected the original data and conducted a critical review of the draft article. The last author participated in the methodological design of the research and completed the final version of the article. / Prvi avtor je opravil sekundarno analizo podatkov in prvi osnutek članka ter dopolnil končno različico članka. Drugi avtor je opravil kritični pregled osnutka in dopolnil končno različico članka. Tretji avtor je zbral prvotne podatke in opravil kritični pregled osnutka članka. Zadnja avtorica je sodelovala pri metodološki zasnovi raziskave in dopolnila končno različico članka.

Literature

- Browne, C.A., Fetherston, C.M. & Medigovich, K., 2015. International clinical placements for Australian undergraduate nursing students: a systematic thematic synthesis of the literature. *Nurse Education Today*, 35(10), pp.1028–1036. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.012> PMID:26059923
- Brown, M., Boateng, E.A. & Evans, C., 2016. Should I stay or should I go: a systematic review of factors that influence healthcare students' decisions around study abroad programmes. *Nurse Education Today*, 39, pp. 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.024> PMID:27006034
- de Oliveira, A.K.M. & Tuohy, D., 2015. Communication and nursing: a study-abroad student's reflections. *British Journal of Nursing*, 24(21), pp. 1080–1084. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.21.1080> PMID:26618679
- Edmonds, M.L., 2010. The lived experiences of nursing students who study abroad: a qualitative inquiry. *Journal of Studies in International Education*, 14(5), pp. 545–568. <https://doi.org/10.1177/1028315310375306>
- Edmonds, M.L., 2012. An integrative literature review of study abroad programs for nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 33(1), pp. 30–34. <https://doi.org/10.5480/1536-5026-33.1.30> PMID:22416538
- Ika.si, 2016. Available at: <https://www.ika.si> [1. 6. 2016].
- Education, Audiovisual and Culture Executive Agency (EACEA), 2012. *The European higher education area in 2012: Bologna Process implementation report*. Available at: http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/2012_Bucharest/79/5/Bologna_Process_Implementation_Report_607795.pdf [6. 8. 2020].

- European Commission, 2020. *Erasmus+ programme guide*. Available at: https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/resources/programme-guide_en [6. 8. 2020].
- European Migration Network, 2019. *EMN FactSheet – SLOVENIA 2018*. Available at: <http://emm.si/en/news/emn-factsheet-slovenia-2018-published-july-2019/> [11. 8. 2020].
- European Parliament, 2020. *Fact Sheets on the European Union: higher education*. Available at: <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/en/sheet/140/higher-education> [29. 1. 2020].
- Eurostat, 2020. *Student mobility*. Available at: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=educ_thmob&lang=en [29. 1. 2020].
- Goodman, B., Jones, R. & Sanchón Macias, M., 2008. An exploratory survey of Spanish and English nursing students' views on studying or working abroad. *Nurse Education Today*, 28(3), pp. 378–384. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.06.013> PMid:17825457
- Gower, S., Duggan, R., Dantas, J.A.R. & Boldy, D., 2017. Something has shifted: nursing students' global perspective following international clinical placements. *Journal of Advanced Nursing*, 73(10), pp. 2395–2406. <https://doi.org/10.1111/jan.13320> PMid:28423477
- Green, B.F., Johansson, I., Rosser, M., Tengnah, C. & Segrott, J., 2008. Studying abroad: a multiple case study of nursing students' international experiences. *Nurse Education Today*, 28(8), pp. 981–992. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.06.003> PMid:18692278
- Guedes, G.F., Cavalcante, I.M.S. & Püschel, V.A.A., 2018. International academic mobility: the experience of undergraduate nursing students. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, pp. 1–8. Available at: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/en1980-220X-reeusp-52-e03358.pdf> [6. 8. 2020].
- Johnston, M.P., 2014. Secondary data analysis: a method of which the time has come. *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries (QQML)*, 3, pp. 619–626. Available at: <http://www.qqml-journal.net/index.php/qqml/article/view/169/170> [6. 8. 2020].
- Kelleher, S., 2013. Perceived benefits of study abroad programs for nursing students: an integrative review. *The Journal of Nursing Education*, 52(12), pp. 690–695. <https://doi.org/10.3928/01484834-20131118-01> PMid:24256000
- Kelleher, S., FitzGerald, S. & Hegarty, J., 2016. Factors that influence nursing and midwifery students' intentions to study abroad: a qualitative study using the theory of planned behaviour. *Nurse Education Today*, 44, pp. 157–164. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.05.019> PMid:27429346
- Keogh, J. & Russel-Roberts, E., 2009. Exchange programmes and student mobility: meeting student's expectations or an expensive holiday. *Nurse Education Today*, 29(1), pp. 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.07.006> PMid:18782646
- 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.
- Kohlbray, P.W., 2016. The impact of international service-learning on nursing students' cultural competency. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(3), pp. 303–311. <https://doi.org/10.1111/jnu.12209> PMid:27111382
- Krivičič, B., 2017. *Mednarodna izmenjava študentov zdravstvene nege: primerjava med slovenskimi in tujimi študenti*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, pp. 15–27.
- Kulbok, P.A., Mitchell, E.M., Glick, D.F. & Greiner, D., 2012. International experiences in nursing education: a review of the literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9, pp. 1–21. <https://doi.org/10.1515/1548-923X.2365> PMid:22628353
- Maltby, H.J., de Vries-Erich, J.M. & Lund, K., 2016. Being the stranger: comparing study abroad experiences of nursing students in low- and high-income countries through hermeneutical phenomenology. *Nurse Education Today*, 45, pp. 114–119. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.025> PMid:27613517
- Marshall, J.E., 2017. Experiences of student midwives learning and working abroad in Europe: the value of an Erasmus undergraduate midwifery education programme. *Midwifery*, 44, pp. 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.013> PMid:27865161
- Memmott, R.J., Coverston, C.R., Heise, B.A., Williams, M., Maughan, E.D., Kohl, J., et al., 2010. Practical considerations in establishing sustainable international nursing experiences. *Nursing Education Perspective*, 31(5), pp. 298–302.
- Milne, A. & Cowie, J., 2013. Promoting culturally competent care: the Erasmus exchange programme. *Nursing Standard*, 27(30), pp. 42–46. <https://doi.org/10.7748/ns2013.03.27.30.42.e7215> PMid:23617062
- Myhre, K., 2011. Exchange students crossing language boundaries in clinical nursing practice. *International Nursing Review*, 58(4), pp. 428–433. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00904.x> PMid:22092320

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

Siles Gonzalez, J., Solano Ruiz, C. & Gaban Gutierrez, A., 2016. International appraisal of nursing culture and curricula: a qualitative study of erasmus students. *Scientifica (Cairo)*, 2016, pp. 1–6. <https://doi.org/10.1155/2016/6354045> PMID:26942039; PMCID:PMC4749806

Southgate, A. & Wrench, K., 2020. How valuable is an international cultural visit. *British Journal of Nursing*, 29(4), p. 245. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.4.245> PMID:32105528

Tate, J.A. & Happ, M.B., 2018. Qualitative secondary analysis: a case exemplar. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(3), pp. 308–312. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.09.007> PMID:29254902; PMCID:PMC5911239

Zanchetta, M., Schwind, J., Aksenchuk, K., Gorospe, F.F. & Santiago, L., 2013. An international internship on social development led by Canadian nursing students: empowering learning. *Nurse Education Today*, 33(7), pp. 757–764. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.04.019> PMID:23684525

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

Cite as / Citirajte kot:

Karnjuš, I., Prosen, M., Krivičić, B. & Ličen, S., 2020. The influence of international mobility programmes on nursing students' personal and professional development: a descriptive research. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(4), 279–288. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3020>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Etični konflikti med medicinskimi sestrami v intenzivni enoti

Ethical conflicts among nurses in intensive care units

Katja Naraločnik¹, Barbara Donik², Sergej Kmetec², Zvonka Fekonja^{2,*}

Ključne besede: delovne obremenitve; moralni distres; nezadovoljstvo; izgorelost; moralna stiska

Key words: work overload; moral distress; dissatisfaction; burnout; moral pressure

¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Urgentni kirurški blok, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, Slovenija

² Univerza v Mariboru Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

* *Korespondenčni avtor / Corresponding author:* zvonka.fekonja@um.si

Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Katje Naraločnik *Pojavnost etičnih konfliktov med medicinskimi sestrami v intenzivni enoti* (2019).

IZVLEČEK

Uvod: Etični konflikt predstavlja resen poklicni problem. Medicinske sestre so na svojem delovnem mestu čedalje bolj obremenjene, še posebej v intenzivnih enotah, kjer je delo z življenjsko ogroženimi pacienti posebej težavno in je pojavnost etičnih konfliktov toliko večja. Namen je bil ugotoviti stopnjo izpostavljenosti etičnim konfliktom med medicinskimi sestrami v intenzivni enoti.

Metode: Izvedena je bila kvantitativna presečna opazovalna raziskava. Vanjo je bilo vključenih 97 medicinskih sester, zaposlenih v intenzivnih enotah ene bolnišnice. Podatki so bili zbrani s pomočjo vprašalnika in statistično obdelani z uporabo univariatne statistike.

Rezultati: Raziskava je pokazala, da so medicinske sestre v intenzivnih enotah zmerno izpostavljene etičnim konfliktom ($\bar{x} = 138,85$, $s = 89,08$). Najpogosteje doživljajo etični konflikt ob situacijah, ko primanjkuje virov, ki zdravstvenemu timu omogočajo upoštevanje etičnih smernic za delovanje ($\bar{x} = 14,11$, $s = 9,13$). Najmanj so izpostavljene etičnim konfliktom, ko je treba v okviru kliničnega preizkušanja dati zdravila in pri tem ne prejmejo vseh potrebnih informacij, ki so po njihovem mnenju potrebne za izvajanje te naloge ($\bar{x} = 2,25$, $s = 3,70$).

Diskusija in zaključek: Pri pojavnosti stopnje etičnega konflikta pri medicinskih sestrah je bilo ugotovljeno, da se srečujejo s konflikti, ki so rahlo problematični in precej problematični. Največji etični konflikt se pojavi pri pomanjkanju časa za upoštevanje etičnih smernic za delovanje, kar kaže, da je medicinskih sester premalo za kakovostno oskrbo pacientov.

ABSTRACT

Introduction: Ethical conflict is a serious professional problem. Nurses are becoming increasingly overwhelmed in their workplace, especially in intensive care units where work with patients with life-threatening conditions is more complicated, and the incidence of ethical conflict is greater. The purpose of this work was to determine the level of exposure to ethical conflicts among nurses in intensive care units.

Methods: We conducted a quantitative cross-sectional study. 97 nurses working in intensive care units were included in the survey. Data were collected with a questionnaire and analyzed with univariate statistics.

Results: The study has found that nurses in intensive care units are moderately exposed to ethical conflicts ($\bar{x} = 138.85$, $s = 89.08$). Most often, nurses experience ethical conflicts when there is a lack of resources that would allow the healthcare team to consider the ethical guidelines to operate ($\bar{x} = 14.11$, $s = 9.13$). They are the least exposed to ethical conflicts when they must administer medicines in clinical trials without having received the necessary information that they consider to be necessary for the task ($\bar{x} = 2.25$, $s = 3.70$).

Discussion and conclusion: Regarding the incidence of ethical conflicts in nurses, we have found that nurses experience conflicts that are slightly problematic and quite problematic. The greatest ethical conflicts arise from the lack of time to consider ethical guidelines, indicating that there is not enough nurses to ensure quality care of patients.



Prejeto / Received: 19. 2. 2020
Sprejeto / Accepted: 10. 8. 2020

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3021>

Uvod

Enote za intenzivno terapijo so prostori, kjer najbolj bolni pacienti prejemajo najbolj tehnološko dovršeno oskrbo, ki jo lahko nudi medicina. Ker te enote skrbijo za ljudi na robu smrti, se velikokrat pojavijo trenutki, ko se pacienti, njihove družine in zdravstveni delavci, ki skrbijo zanje, borijo z odločitvami glede ustreznosti invazivne zdravstvene oskrbe (Hamric & Blackhall, 2007; Canzona, et al., 2018), kar pomembno vpliva na pojav etičnih konfliktov.

Etični konflikt je interpersonalni problem (Falcó-Pegueroles, et al., 2015), opredeljen kot nasprotje med dvema ali več moralnimi položaji (načela, vrline ali vrednote) (Saber, et al., 2018). Glavni element etičnega konflikta je moralna obveznost slediti dobri praksi (Falcó-Pegueroles, et al., 2016). Etični konflikt je bistven za zdravstvene poklice predvsem zaradi odnosov in etičnih odgovornosti pri skrbi za ljudi z zdravstvenimi težavami. Na etični konflikt vplivajo številni dejavniki, kot so osebne, poklicne in organizacijske vrednote, moralna načela, občutek odgovornosti in moralna občutljivost (Falcó-Pegueroles, et al., 2015). Pri medicinskih sestrah ga povzroča tudi neskladje med osebnimi in organizacijskimi vrednotami (Gaudine & Thorne, 2012). Pomembno vlogo pri pojavu etičnih konfliktov v intenzivnih enotah igrajo še dinamična narava delovnega okolja, vključno s pomanjkanjem popolne vključenosti medicinskih sester v proces odločanja, moralna nesoglasja med zdravniki in medicinskimi sestrami pri določenih odločitvah ali praksah, pomanjkanje časa za zagotavljanje kakovostne kritične oskrbe, srečevanje s težavami bioetične narave, neupoštevanje zaupnosti ali nespoštovanje pacientovih pravic (Kälvemark, et al., 2004), izvajanje preagresivnega zdravljenja, neučinkovito zdravljenje bolečin in neuspešno oživljanje ter paliativna oskrba (Falco-Pegueroles, et al., 2016; Vahedian-Azimi, et al., 2017; Pishgooie, et al., 2018).

Medicinske sestre v intenzivnih enotah lahko doživljajo različne etične konflikte kot moralno brezbriznost, moralno dobro počutje, moralno negotovost, moralno dilemo, moralno stisko in moralno ogorčenje. Moralno dobro počutje je pozitivno stanje, v katerem moralno razmišljanje ustreza moralni praksi. V moralni brezbriznosti medicinska sestra ne čuti odgovornosti in je brezbrizna do nemoralne prakse (Falcó-Pegueroles, et al., 2013). Moralna negotovost se pojavi, ko posameznik samodejno zaznava etični konflikt, vendar ne more opredeliti vključenih vrednot in etičnih načel, ki preprečujejo odločanje (Falcó-Pegueroles, et al., 2015). Moralna dilema se pojavi, ko obstajajo prepričljivi razlogi za dva ali več ukrepov, vendar izvedba enega od teh dejanj označuje opustitev drugih. Moralna stiska se pojavi, ko se medicinska sestra zaveda moralnih načel v smislu dobre prakse, vendar zaradi institucionalnih dejavnikov tega ne

stori in dela v nasprotju z lastnim prepričanjem, ter ko se medicinska sestra počuti razočarano nad neprimerno prakso drugih (Falcó-Pegueroles, et al., 2013). Moralno ogorčenje je opisano kot občutek, ki ga ustvarja gledanje nemoralnih dejanj drugih. V tem primeru medicinska sestra ne sodeluje v nemoralnem dejanju in se ne počuti odgovorno zanj. Čuti sicer nemoč pri zaznavanju, da bi ga morala preprečiti, vendar tega ne more storiti (Falcó-Pegueroles, et al., 2015).

Na obnašanje in odločanje medicinskih sester pri srečevanju z etičnimi konflikti vplivajo dejavniki, povezani z njihovim osebnim, organizacijskim in poklicnim okoljem. Raziskave kažejo, da je razširjenost konfliktov med zdravstvenim osebjem, vključno z medicinskimi sestrami, nekje od 51 % (Edwards, et al., 2012) in vse do 72 % (Azoulay, et al., 2009). Etični konflikt predstavlja resen poklicni problem, ki znatno vpliva na fizično in duševno zdravje medicinskih sester (Saber, et al., 2018). Vpliv ima tudi na njihovo profesionalno delovanje, socialne odnose in organizacijo. Medicinski sestri kot zagovornici pacienta lahko etični konflikt povzroča moralno stisko, nezadovoljstvo z delom, izgorelost in odsotnost z dela. Pishgooie in sodelavci (2018) opisujejo, da ima etični konflikt poleg vpliva na proces odločanja tudi negativne posledice na drugih ravneh, sploh na individualni: neugodje, frustracijo, jezo, občutek pomanjkanja moralne integritete ter vpliv na samopodobo in mehanizme obnašanja. Na profesionalni ravni lahko etični konflikti zmanjšajo raven timskega dela, ustvarijo težave v medosebni komunikaciji, spodkopavajo vodstvo medicinske sestre ali celo vodijo do opustitve profesije (Dyo, et al., 2016; Laurs, et al., 2020).

Namen in cilji

Namen in s tem povezani cilji so bili ugotoviti stopnjo izpostavljenosti etičnim konfliktom med medicinskimi sestrami v intenzivni enoti.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je stopnja izpostavljenosti etičnim konfliktom medicinskih sester v intenzivnih enotah?
- Kakšne tipe etičnih konfliktov medicinske sestre največkrat doživljajo?

Metode

Opravljen je bila kvantitativna presečna raziskava. Podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja.

Opis instrumenta

Uporabili smo standardiziran vprašalnik *Ethical Conflict in Nursing Questionnaire–Critical Care Version* (ECNQ–CCV), ki ga je pripravila Falcó-Pegueroles in sodelavci (2016). ECNQ–CCV je bil

zasnovan z namenom analize etičnih konfliktov na področju intenzivne nege in izhaja iz 19 situacij, ki predstavljajo potencialni vir konfliktov. Situacije vključujejo vprašanja, kot so omejitev oživljanja, terapijska brezupnost, informirana privolitev, zaupnost, zdravljenje, ki ni v interesu pacienta, pretirano agresivno zdravljenje in sodelovanje pri odločanju (Falcó-Pegueroles, et al., 2015).

Vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov. V prvem sklopu se vprašanja nanašajo na demografske značilnosti anketirancev in na dobro počutje zaposlenih. V drugem sklopu so v okviru 19 scenarijev, ki opisujejo moralno in etično konfliktno situacije v intenzivnih enotah, anketiranci odgovarjali na tri vprašanja, vezana na pogostnost srečevanja s posameznimi etičnimi konflikti, stopnjo pojavnosti etičnega konflikta in vrsto doživetega etičnega konflikta (na petstopenjski Likertovi lestvici). Nadalje smo 19 scenarijev razvrstili na tri področja, v okviru katerih nastajajo etični konflikti, razdeljeni na podlagi faktorjev izvorne različice vprašalnika: (1) medosebni odnosi s pacientom in družino (P&D), (2) zdravljenje in klinični postopki (Z&KP) ter (3) dinamika storitev in delovnega okolja (DS&DO).

Uporabili smo prevod vprašalnika iz angleščine v slovenščino ter ponovni prevod v angleščino. Za uporabo anketnega vprašalnika smo pridobili soglasje avtorice. Skupna vrednost Cronbach's alpha originalnega anketnega vprašalnika ECNQ-CCV je bila 0,882 z razponom od 0,871 do 0,881 (Falcó-Pegueroles, et al., 2015). Pri anketnem vprašalniku ECNQ-CCV, prevedenem v slovenski jezik, je skupna vrednost Cronbach's alpha znašala 0,948 z razponom od 0,782 do 0,958.

Frekvenčna spremenljivka je vsebovala šest kategorij: (i) »nikoli – 0«; (ii) »skoraj nikoli – 1«; (iii) »vsaj enkrat na leto – 2«; (iv) »vsaj enkrat na pol leta – 3«; (v) »vsaj enkrat na mesec – 4« in (vi) »vsaj enkrat na teden – 5«. Spremenljivka intenzitete etičnega konflikta je imela pet kategorij, ki so bile razvrščene kot: (i) »sploh ni bila problem – 1«; (ii) »rahlo problematična – 2«; (iii) »precej problematična – 3«; »problematična – 4« in (iv) »zelo problematična – 5«. Z množenjem pogostnosti in intenzivnosti etičnih spremenljivk konflikta je bila ustvarjena nova spremenljivka »Indeks stopnje izpostavljenosti etičnim konfliktom« (IEEC) z razponom za eno postavko 0–25 in z vsemi devetnajstimi elementi 0–475. Najvišja ocena, ki odraža najvišjo stopnjo izpostavljenosti etičnemu konfliktu, je bila 25 (»vsaj enkrat na teden« – 5 x; »zelo problematična« – 5 za 19 scenarijev) (Falcó-Pegueroles, et al., 2013). Na podlagi raziskave Bonda in sodelavcev (2012) smo opredelili raven izpostavljenosti etičnemu konfliktu kot nizko (< 1 standardni odklon pod srednjo vrednostjo), visoko (> 1 standardni odklon nad srednjo vrednostjo) in zmerno (med tema dvema razponoma) izpostavljenost. Glede na analizirane podatke je bila nizka izpostavljenost etičnim konfliktom določena pri

vrednosti 49,77 ali manj, zmerna izpostavljenost med 49,87 in 227,83 in visoka izpostavljenost pri vrednosti točk 227,84 ali več.

Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili priložnostno vzorčenje. Anketo smo izvajali v kliničnem okolju, v intenzivnih enotah ene bolnišnice v osrednji slovenski statistični regiji. Za sodelovanje v raziskavi smo zaprosili zdravstveno osebje, ki je bilo v času poteka raziskave na službenem mestu. Med zaposlene medicinske sestre v intenzivni enoti smo razdelili 150 anket; vrnjenih je bilo 110, kar predstavlja 73 % realizacijo vzorca. Od tega 13 anket ni bilo mogoče vključiti v raziskavo, ker so bile pomanjkljivo izpolnjene.

Anketo je v celoti pravilno izpolnilo 97 (64 %) medicinskih sester, ki so zaposlene v intenzivnih enotah, in sicer 6,5 % ($n = 10$) moških in 57,4 % ($n = 87$) žensk. Po izobrazbi je 53,4 % ($n = 81$) anketiranih diplomiranih ali višjih medicinskih sester oziroma diplomiranih zdravstvenikov ter 8,5 % ($n = 13$) srednjih medicinskih sester oziroma zdravstvenih tehnikov. Najmanj je bilo magistric ali magistrstov zdravstvene nege, in sicer 1,9 % ($n = 3$). Povprečna starost anketirancev je bila 34,6 ($s = 9,49$) leta. V povprečju je njihova delovna doba 11,59 ($s = 10,66$) leta. Najkrajša delovna doba je eno leto, najdaljša pa kar 38 let. Povprečna dolžina delovne dobe na sedanjem delovnem mestu znaša 8,71 ($s = 9,12$) leta.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketirance smo predhodno ustno seznanili z izvajanjem ankete, zagotovili smo anonimnost in možnost svobodne odločitve za sodelovanje v raziskavi. Anketiranci so izpolnjene vprašalnike vrnili v zaprti kuverti, priloženi vsakemu anketnemu vprašalniku, ki so jo odložili na dogovorjeno zbirno mesto. Izpolnjene vprašalnike smo nato po predhodnem dogovoru z glavno medicinsko sestro osebno prevzeli na oddelku. Z izpolnitvijo vprašalnikov so anketiranci potrdili svoje soglasje za izvedbo raziskave ter uporabo podatkov za namen raziskave.

Rezultati

V raziskavi se moralna stiska (anketiranci prepoznajo vpletena etična načela in vedo, kaj je v danem konfliktu prav storiti, vendar jih nekaj ali nekdo omejuje pri delovanju v skladu s tem) kot tip etičnega konflikta v največjem deležu pojavi pri 11 scenarijih. Slednji se nanašajo predvsem na lajšanje bolečin pacienta, ki ni dovolj učinkovito (36,1 %, $n = 35$), neupoštevanje zasebnosti pacienta pri izvajanju postopkov in posegov (30,9 %, $n = 30$), uporabo virov, ki ne izboljšujejo stanja kritično bolnih (22,7 %, $n = 22$), ter sodelovanje z osebjem, za katero menijo, da

ni dovolj kompetentno (21,6 %, $n = 21$). Najmanj pa je bila kot konflikt navedena moralna brezbriznost, pri čemer se zaposleni ne čutijo vpleteni v situacijo. Medicinske sestre imajo najmanj težav pri skrbi za pacienta, za katerega menijo, da bi moral biti na navadnem oddelku in ne v intenzivni enoti (13,4 %, $n = 13$).

Podani podatki vseh 97 anketiranih glede na posamezen primer 19 scenarijev so pokazali zmerno

izpostavljenost etičnim konfliktom ($\bar{x} = 138,85$, $s = 89,08$; [0–350]) (Tabela 2). Glede na raziskavo, ki smo jo izvedli v intenzivnih enotah (Tabela 1), smo izračunali najvišji indeks izpostavljenosti pri scenariju 19 – »Pomanjkanje sredstev (prostora) in / ali virov (čas), ki omogočajo zdravstvenemu timu upoštevanje etičnih problemov, s katerimi se soočajo« ($\bar{x} = 14,11$, $s = 9,13$), ter drugi najvišji indeks pri scenariju 7 – »Zavedanje, da analgetična terapija in / ali sedacija, ki je dana pacientu,

Tabela 1: Indeks izpostavljenosti etičnemu konfliktu za posamezni etični konflikt v scenariju

Table 1: Ethical conflict exposure index for individual ethical conflicts in a scenario

Scenarij / Scenario	Področje / Field	Potencialno konfliktne situacije z etične perspektive / Potentially conflict situations from an ethical perspective	IEEC \bar{x} (s)
Scenarij 1	Z&KP	Dajanje zdravil in / ali intervencij, ki se vam zdijo nepotrebne, ker služijo le zavlačevanju ali podaljšanju terminalnega nepopravljivega procesa.	7,88 (5,85)
Scenarij 2	P&D	Izvajanje postopkov in posegov pri kritičnem pacientu, ki je pri zavesti, ne da poznate njihov namen in tveganja.	6,93 (6,08)
Scenarij 3	DS&DO	Skrb za pacienta, za katerega menite, da bi moral biti na navadnem oddelku in ne v intenzivni enoti.	7,62 (6,54)
Scenarij 4	P&D	Izvajanje intervencij na način, ki postavlja institucionalne interese ali interese zdravstvenega sistema pred pacientove.	6,36 (6,54)
Scenarij 5	P&D	Izdajanje pacientovih podatkov o zdravstvenem stanju nekemu, ki ni neposredno vključen v njegovo oskrbo.	5,77 (7,37)
Scenarij 6	P&D	Dajanje zdravil in / ali izvajanje intervencij brez vednosti družine o ciljih, prednostih in tveganju (ko pacient želi, da se družino obvešča o njegovem stanju).	4,67 (6,63)
Scenarij 7	Z&KP	Zavedanje, da analgetična terapija in / ali sedacija, ki je dana pacientu, ni dovolj učinkovita in da pacient trpi.	12,37 (7,70)
Scenarij 8	DS&DO	Uporaba vseh razpoložljivih tehničnih in / ali človeških virov kljub prepričanju, da ne bodo bistveno pripomogli k izboljšanju zdravstvenega stanja kritično bolnega.	8,23 (6,64)
Scenarij 9	DS&DO	Delo z medicinskim osebjem, za katero menite, da je strokovno nekompetentno.	7,32 (7,29)
Scenarij 10	P&D	Dajanje zdravil in / ali izvajanje intervencij v skladu z željami družine, kljub temu da so v nasprotju s pacientovimi interesi.	3,08 (4,99)
Scenarij 11	Z&KP	Dajanje zdravil in / ali izvajanje postopkov, ki so glede na status pacienta preveč agresivni in mu povzročajo dodatno trpljenje.	6,13 (6,87)
Scenarij 12	DS&DO	Delo z medicinsko sestro ali sodelavci v zdravstveni negi, za katere menite, da so strokovno nekompetentni.	7,28 (8,38)
Scenarij 13	DS&DO	Delovanje v nasprotju z vašimi moralnimi prepričanji, ker nimate dovolj časa, da bi skrbeli za pacienta.	9,56 (8,95)
Scenarij 14	Z&KP	Dajanje zdravil v okviru kliničnega preizkušanja ali raziskovalnega projekta, ne da bi kot medicinska sestra prejeli vse informacije, za katere menite, da so potrebne za izvajanje te naloge.	2,25 (3,70)
Scenarij 15	DS&DO	Težko je pravočasno posredovati informacije pacientu in / ali njegovi družini, ker zdravstveni tim medicinske sestre odvrta od tega, da bi prevzele pobudo v zvezi s tem.	7,76 (8,97)
Scenarij 16	P&D	Skrb za pacienta, ne da bi vedeli, ali je podal soglasje o ne-oživiljanju, ali da bi bila v primeru, da to obstaja, vidna vsebina te odločitve.	4,45 (5,49)
Scenarij 17	Z&KP	Dajanje zdravil in / ali izvajanje postopkov, ne da bi kot medicinska sestra predhodno sodelovali pri odločanju.	4,88 (6,39)
Scenarij 18	P&D	Neupoštevanje zasebnosti pacienta pri izvajanju postopkov in posegov.	9,44 (9,56)
Scenarij 19	DS&DO	Pomanjkanje sredstev (prostora) in / ali virov (čas), ki zdravstvenemu timu omogočajo upoštevanje etičnih problemov, s katerimi se soočajo.	14,11 (9,13)
Skupaj			138,85 (89,08)

Legenda / Legend: \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; P&D – medosebni odnosi s pacientom in družino / Interpersonal relationships with patient and family; Z&KP – zdravljenje in klinični postopki / treatment and clinical procedures; DS&DO – dinamika storitev in delovnega okolja / dynamics of services and work environment

ni dovolj učinkovita in da pacient trpi« ($\bar{x} = 12,37$, $s = 7,70$). Ta dva scenarija se nanašata na področji dinamike storitev in delovnega okolja ter zdravljenja in kliničnih postopkov. Najnižji indeks je pri scenariju 14 – »Dajanje zdravil v okviru kliničnega preizkušanja ali raziskovalnega projekta, ne da bi kot medicinska sestra prejeli vse informacije, za katere menite, da so potrebne za izvajanje te naloge« ($\bar{x} = 2,25$, $s = 3,70$), ter scenariju 10 – »Dajanje zdravil in/ali izvajanje intervencij v skladu z željami družine, kljub temu da so v nasprotju s pacientovimi interesi« ($\bar{x} = 3,08$, $s = 4,99$) (Tabela 1).

Rezultati raziskave kažejo, da je doživljanje etičnega konflikta s strani medicinskih sester v intenzivni enoti najbolj problematično pri scenariju številka 19 – »Pomanjkanje sredstev (prostora) in / ali virov (čas), ki zdravstvenemu timu omogočajo upoštevanje etičnih problemov, s katerimi se soočajo« (34 %, $n = 33$). Iz zbranih podatkov smo ugotovili, da je med najmanj problematičnimi scenariji 3 – »Skrb za pacienta, za katerega menite, da bi moral biti na navadnem oddelku in ne v intenzivni enoti / negi« (26,8 %, $n = 26$). Kot rahlo problematičen scenarij medicinske sestre doživljajo scenarij 1 – »Dajanje zdravil in / ali intervencij, ki se vam zdijo nepotrebne, ker služijo le

zavlačevanju ali podaljševanju terminalnega stanja pacienta« (37,1 %, $n = 36$).

Glede pojavnosti konflikta se največja frekvenca odgovorov pojavlja pri scenariju 19, in sicer vsaj enkrat na teden: »Pomanjkanje sredstev (prostora) in / ali virov (čas), ki zdravstvenemu timu omogočajo upoštevanje etičnih problemov, s katerimi se soočajo« (39,2 %, $n = 38$). Vsaj enkrat na mesec medicinske sestre največkrat doživljajo scenarij 1: »Dajanje zdravil in / ali intervencij, ki se vam zdijo nepotrebne, ker služijo le zavlačevanju ali podaljševanju terminalnega nepopravljivega procesa« (30,9 %, $n = 30$), na pol leta pa v 32,0 % ($n = 31$). Kot najmanj pogosti glede pojavnosti konflikta so bili: scenarij 5 – »Izdajanje pacientovih podatkov o zdravstvenem stanju nekemu, ki ni neposredno vključen v njegovo oskrbo« (41,2 %, $n = 40$); scenarij 6 – »Dajanje zdravil in/ali izvajanje intervencij brez vednosti družine o ciljih, prednostih in tveganju (ko pacient želi, da se družino obvešča o njegovem stanju)« (43,3 %, $n = 42$); scenarij 10 – »Dajanje zdravil in / ali izvajanje intervencij v skladu z željami družine, kljub temu da so v nasprotju s pacientovimi interesi« (55,7 %, $n = 54$). Rezultate doživljanja etičnega konflikta s strani medicinskih sester v intenzivnih enotah prikazujemo v Tabeli 2, kjer so anketiranci frekvenčne spremenljivke ocenjevali na podlagi šeststopenjske lestvice: 0 – nikoli, 1 – skoraj nikoli, 2 – vsaj enkrat na leto, 3 – vsaj enkrat na pol leta, 4 – vsaj enkrat na mesec, 5 – vsaj enkrat na teden.

Tabela 2: Frekvenca in odstotek za pogostost pojavnosti etičnih konfliktov v določeni situaciji ($n = 97$)

Table 2: Frequency and percentage for frequency of occurrence of ethical conflicts ($n = 97$)

Situacije – scenariji, ki predstavljajo potencialni etični problem (manjkajoči podatki / %) / Situations that present a potential ethical problem (missing data / %)	\bar{x} (s)
Scenarij 1 (0/0)	3,96 (1,37)
Scenarij 2 (0/0)	3,55 (1,75)
Scenarij 3 (0/0)	4,12 (1,64)
Scenarij 4 (0/0)	2,99 (1,69)
Scenarij 5 (0/0)	2,74 (1,85)
Scenarij 6 (1/1,0)	2,50 (1,72)
Scenarij 7 (0/0)	4,18 (1,55)
Scenarij 8 (3/3,1)	3,72 (1,53)
Scenarij 9 (1/1,0)	2,99 (1,74)
Scenarij 10 (2/2,1)	1,92 (1,26)
Scenarij 11 (3/3,1)	2,68 (1,61)
Scenarij 12 (8/8,2)	2,85 (1,79)
Scenarij 13 (1/1,0)	3,40 (1,91)
Scenarij 14 (4/4,1)	1,78 (1,20)
Scenarij 15 (2/2,1)	3,12 (2,05)
Scenarij 16 (4/4,1)	2,48 (1,53)
Scenarij 17 (1/1,0)	2,78 (1,95)
Scenarij 18 (1/1,0)	3,36 (2,08)
Scenarij 19 (0/0)	4,40 (1,77)

Legenda / Legend: \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation

Diskusija

Na podlagi analize rezultatov raziskave odgovarjamo na zastavljeno raziskovalno vprašanje in ugotavljamo, da se medicinske sestre v intenzivnih enotah srečujejo s konflikti, ki so rahlo problematični, predvsem problematični ter problematični. Največji konflikti oziroma moralno ogorčenje se pojavi pri pomanjkanju časa za upoštevanje etičnih problemov, s katerimi se soočajo. To kaže, da je medicinskih sester premalo, saj ne morejo kakovostno skrbeti za paciente in hkrati zagotavljati, da se pri delu ne bi pojavljali etični konflikti. To medicinske sestre doživljajo tudi pri dajanju analgetične terapije pacientom, saj imajo v veliki meri občutek, da ta za stopnjo pacientovih bolečin ne zadostuje. Konflikt se največkrat pojavi v časovnem razmiku od enkrat na teden do pol leta. Podobno ugotavljajo tudi Falcó-Pegueroles in sodelavci (2016) ter Raines (2000), ki nadalje poudarjajo, da je visoko stopnjo konflikta mogoče razložiti z etično odgovornostjo medicinskih sester pri lažšanju trpljenja pacientov, za katere skrbijo. Ob tem se pri zdravstvenih delavcih seveda pojavlja moralna stiska, saj vedo, kaj je prav, vendarle jim nekaj ali nekdo onemogoča, da bi vplivali na nastalo situacijo. V raziskavi, ki so jo izvedli Saberi in sodelavci (2019), so bile najpogostejše situacije, povezane z etičnimi konflikti v primerih zdravljenja in kliničnih

postopkov ter dinamike na delovnem mestu in delovnem okolju. V naši raziskavi ugotavljamo, da se tretjini medicinskih sester vsaj enkrat mesečno zdi, da morajo dajati zdravila, ki se jim zdijo nepotrebna in služijo le zavlačevanju terminalnega stanja pacienta, ter da skrbijo za pacienta, ki bi moral biti po njihovem mnenju na oddelku in ne v intenzivni enoti. Podobno ugotavljajo tudi raziskave, ki so jih opravili Hamric in Blackhall (2007), de Veer in sodelavci (2013), Corley in sodelavci (2005), Gutierrez (2005) ter Schwenzer in Wang (2006). Navedeni izpostavljajo problematiko pojavnosti večjih bioetičnih vprašanj, kot so: nepotrebno dajanje zdravil, omejevanje podpornega zdravljenja in odgovornost strokovnjakov za ustrezno obvladovanje sredstev zdravstvenega varstva.

Medicinske sestre iz intenzivnih enot, ki so bile vključene v raziskavo, se v manjši meri zavedajo, da pri opravljanju svojega dela izkušajo etični konflikt. Naše ugotovitve kažejo, da je stopnja obremenjenosti medicinskih sester v intenzivnih enotah z etičnim konfliktom zmerna. Te ugotovitve so v skladu z ugotovitvami petih predhodno opravljenih raziskav (Browning, 2013; Ebrahimi, et al., 2013; Tavakol & Molazem, 2015; Falcó-Pegueroles, et al., 2016; Saberi, et al., 2019).

Situacije, pri katerih smo ugotovili, da povzročajo najmanj etičnih konfliktov, se pojavljajo v primerih, povezanih z družinskimi člani. Podobno ugotavljajo tudi Falcó-Pegueroles in sodelavci (2016), ki izpostavljajo, da so ti rezultati v nasprotju z raziskavama Gutierrez (2005) ter Hamrica in Blackhalla (2007). Nadalje se z najmanj konflikti naši anketiranci spopadajo pri dajanju zdravil ali izvajanju intervencij v skladu z željami družine, kljub temu da so v nasprotju s pacientovimi interesi, kar pomeni, da se trudijo v veliki meri upoštevati želje in interese pacienta ter mu s tem zagotoviti čim bolj kakovostno zdravstveno nego in olajšati hospitalizacijo. Podobno je tudi pri dajanju zdravil v okviru kliničnega preizkušanja ali raziskovalnega projekta, kar kaže, da je komunikacija v takšnih primerih ustrezna ter da so medicinske sestre primerno obveščene in poučene o potekajočih raziskovalnih projektih, ki se izvajajo pri pacientih. Pishgooie in sodelavci (2018) so navedli, da je konflikt, ki se pojavlja najmanjkrat, posredovanje pacientovih podatkov o zdravstvenem stanju nekemu, ki ni neposredno vključen v njegovo oskrbo, in sicer v 45,0 % ($n = 172$), medtem ko se v naši raziskavi pojavlja v 41,1 % ($n = 40$).

Etične konflikte smo po priporočilih Falca-Peguerolesa in sodelavcev (2016) razdelili na moralno brezbriznost, moralno dobro počutje, moralno negotovost, moralno stisko, moralno dilemo in moralno ogorčenje. Na podlagi te razdelitve smo ugotovili, kako etični konflikti vplivajo na moralno dobrobit medicinskih sester. Pri tem smo opazili veliko razpršenost odgovorov. Medicinske sestre največkrat občutijo moralno stisko. Gre za stisko,

ko prepoznajo etična načela in pravilno ukrepanje, vendar je to omejeno zaradi zunanjih dejavnikov. Po podanih odgovorih smo lahko ugotovili, da največ stisk doživljajo ob različnih situacijah, ko pacient trpi zaradi bolečin, ker mu analgetična terapija ali sedacija ne pomaga; ko zaradi pomanjkanja časa delajo v nasprotju s svojimi moralnimi prepričanji ter kadar se ne upošteva zasebnosti pacienta pri izvajanju postopkov in posegov. Ob tem se pojavlja moralni distress, ki vpliva na medicinske sestre tako psihično kot fizično in se odraža na duševnem zdravju, zadovoljstvu pri delu, medsebojnih odnosih v timu in tudi slabši kakovosti zdravstvene nege, ki se izvaja pri pacientu. Zato medicinske sestre v veliki meri opuščajo svoj poklic (Epstein & Hamric, 2009; Dyo, et al., 2016; Laurs, et al., 2020). V primerjavi s podobnima raziskavama, ki so ju izvedli Pishgooie in sodelavci (2018) ter Saberi in sodelavci (2019), smo ugotovili podobnost pri obremenitvah medicinskih sester, saj je stopnja pojavnosti oziroma doživljanja etičnih konfliktov med medicinskimi sestrami pri obeh raziskavah zmerna. Razlike opazamo predvsem v tem, da v tujini bolj prepoznavajo nekompetentne sodelavce, pri čemer medicinske sestre izražajo veliko moralno ogorčenje, medtem ko je naša raziskava pokazala, da medicinske sestre tega ne prepoznajo. Nadalje medicinske sestre v tujini navajajo večjo pojavnost neupoštevanja njihovih mnenj pri sprejemanju odločitev, povezanih s pacienti. Po mnenju Pishgooieja in sodelavcev (2018) je to posledica pomanjkanja moči in avtonomnosti v primerjavi z mnenji in odločitvami zdravnikov.

Ugotovitve raziskave je treba pazljivo interpretirati. Raziskava je bila izvedena v eni zdravstveni ustanovi na priložnostnem vzorcu, zato rezultatov ne moremo posplošiti. Raziskavo bi bilo treba razširiti na več podobnih ustanov in primerjati rezultate ter tako prepoznati, kje se problem pogosto pojavlja in kakšni so razlogi za pojav etičnih konfliktov, in poiskati ustrezne rešitve. Obstaja tudi možnost socialno zaželenega podajanja odgovorov.

Zaključek

Na podlagi analize rezultatov raziskave o pojavnosti etičnih konfliktov med medicinskimi sestrami v intenzivni enoti ugotavljamo, da so medicinske sestre etičnim konfliktom zmerno izpostavljene ter da so največkrat v moralni stiski. Iz raziskave je razvidno, da jih zelo bremeni zdravstveno stanje pacientov, sploh takrat, ko pacienti doživljajo bolečino ter so v terminalnem stanju in se pri njih še vedno izvajajo postopki, ki jim bolečino in trpljenje le podaljšujejo.

Medicinske sestre bo treba veliko več ozaveščati o etičnih konfliktih in o pomembnosti njihovega doživljanja etično spornih situacij kot izhodišča, zaradi katerega se bodo lahko pričele zavedati vpliva moralnega distressa kot posledice konfliktov v delovnem okolju na njihovo psihofizično zdravje. Po

drugi strani bo treba delovati na način, ki prispeva k zmanjšanju pogostosti in intenzitete etično spornih situacij v delovnih okoljih. Treba je izpostaviti pomen refleksije njihovega dela v obliki supervizije, učinkovitega timskega dela ter skupnega reševanja konfliktov med zdravstvenim in negovalnim timom.

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 bila pripravljena v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Pridobljeno je bilo soglasje Komisije za etična vprašanja s področja zdravstvene nege Univerze v Mariboru, Fakultete za zdravstvene vede (št. 038/2019/3032-2/504). / The study was conducted in accordance with the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014). Approval by the Ethics Committee of University of Maribor Faculty of Health Sciences (No. 038/2019/3032-2/504).

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prvi in zadnji avtor sta oblikovala idejno zasnovo raziskave. Prvi avtor je zbral podatke. Prvi in zadnji avtor sta opravila statistično analizo in interpretacijo rezultatov. Vsi avtorji so sodelovali pri pisanju osnutka in tudi pregledali končno verzijo prispevka. / The first and the last author designed the study. The first author collecting the data. The first and the last author conducted the statistical analysis and interpretation of results. All authors contributed to writing the draft and revision of the final manuscript.

Literatura

Azoulay, É., Timsit, J.-F., Sprung, C.L., Soares, M., Rusinová, K., Lafabrie, A., et al., 2009. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 180(9), pp. 853–860.

Bond, L., Kearns, A., Mason, P., Tannahill, C., Egan, M. & Whitely, E., 2012. Exploring the relationships between housing, neighbourhoods and mental wellbeing for residents of deprived areas. *BMC Public Health*, 12(1), p. 48.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-48>
PMid:22257729; PMCID:PMC3293078

Browning, A.M., 2013. CNE article: moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *American Journal of Critical Care*, 22(2), pp. 143–151.

<https://doi.org/10.4037/ajcc2013437>

PMid:23455864

Canzona, M.R., Love, D., Barrett, R., Henley, J., Bridges, S., Koontz, A., et al., 2018. "Operating in the dark": nurses' attempts to help patients and families manage the transition from oncology to comfort care. *Journal of Clinical Nursing*, 27, pp. 4158–4167.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14603>

PMid: 29968315

Corley, M.C., Minick, P., Elswick, R.K., & Jacobs, M., 2005. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12(4), pp. 381–390.

<https://doi.org/10.1191/0969733005ne809oa>

PMid:16045246

de Veer, A.J., Francke, A.L., Struijs, A., & Willems, D.L., 2013. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), pp. 100–108.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017>

PMid:22989404

Dyo, M., Kalowes, P. & Devries, J. 2016. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and paediatric nurses by hospital setting. *Intensive & Critical Care Nursing*, 36, pp. 42–48.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.04.003>

PMid:27209561

Ebrahimi, H., Kazemi, A., Asghari Jafarabadi, M., & Azarm, A., 2013. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest Medical Universities of Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 6(4), pp. 80–88.

Edwards, M., Thronson, K. & Girardin, J., 2012. Survey of Canadian critical care nurses' experiences of conflict in intensive care units. *Dynamics*, 23(3), pp. 15–19.

Epstein, E.G. & Hamric, A.B., 2009. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), pp. 330–342.

Falcó-Pegueroles, A., Lluich-Canut, T. & Guàrdia-Olmos, J., 2013. Development process and initial validation of the Ethical Conflict in Nursing Questionnaire-Critical Care Version. *BMC Medical Ethics*, 14(1), p. 22.

<https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-22>

PMid:23725477; PMCID:PMC3711987

Falcó-Pegueroles, A., Lluich-Canut, M.T., Martínez-Estalella, G., Zabalegui-Yarnoz, A., Delgado-Hito, P., Via-Clavero, G., et al., 2016. Levels of exposure to ethical conflict in the ICU: correlation between sociodemographic variables and the clinical environment. *Intensive & Critical Care Nursing*, 33(2), pp. 12–20.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.10.004>

PMid:26796289

- Falco-Pegueroles, A., Lluch-Canut, T., Roldan-Merino, J., Goberna-Tricas, J., & Guardia-Olmos, J., 2015. Ethical conflict in critical care nursing: correlation between exposure and types. *Nursing Ethics*, 22(5), pp. 594–607.
<https://doi.org/10.1177/0969733014549883>
PMid:25335920
- Gaudine, A. & Thorne, L., 2012. Nurses' ethical conflict with hospitals: a longitudinal study of outcomes. *Nursing Ethics*, 19(6), pp. 727–737.
<https://doi.org/10.1177/0969733011421626>
PMid:22619238
- Gutierrez, K.M., 2005. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(5), pp. 229–241.
<https://doi.org/10.1097/00003465-200509000-00011>
PMid:16258357
- Hamric, A.B. & Blackhall, L.J., 2007. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), pp. 422–429.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D>
PMid:17205001
- Kälvevemark, S., Höglund, A.T., Hansson, M.G., Westerholm, P., & Arnetz, B., 2004. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58(6), pp. 1075–1084.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00279-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00279-X)
- 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
- Laurs, L., Blaževičienė, A., Capezuti, E. & Milonas, D., 2020. Moral distress and intention to leave the profession: Lithuanian nurses in municipal hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(2), pp. 201–209.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12536>
PMid:31837105
- Pishgooie, A.H., Barkhordari-Sharifabad, M., Atashzadeh-Shoorideh, F., & Falcó-Pegueroles, A., 2018. Ethical conflict among nurses working in the intensive care units. *Nursing Ethics*, 26(7/8), pp. 2225–2238.
<https://doi.org/10.1177/0969733018796686>
PMid:30336767
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2017. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.
- Raines, M.L., 2000. Ethical decision making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 2(1), pp. 29–41.
<https://doi.org/10.1097/00128488-200002010-00006>
- Saberi, Z., Shahriari, M. & Yazdannik, A.R., 2019. The relationship between ethical conflict and nurses' personal and organisational characteristics. *Nursing Ethics*, 26(7/8), pp. 2427–2437.
<https://doi.org/10.1177/0969733018791350>
PMid:30134760
- Schwenzer, K.J. & Wang, L., 2006. Assessing moral distress in respiratory care practitioners. *Critical Care Medicine*, 34(12), pp. 2967–2973.
<https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000248879.19054.73>
PMid:17075370
- Tavakol, N. & Molazem, Z., 2015. Exploring moral distress in the intensive care unit nurses of Shiraz Heart Center in 2013. *Journal of Education & Ethic in Nursing*, 4(2), pp. 49–56.
- Vahedian-Azimi, A., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Fornés-Vives, J., Hunsucker, R.L., Rahimibashar, F., et al., 2019. Effects of stress on critical care nurses: a national cross sectional study. *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(4), pp. 311–322.
<https://doi.org/10.1177/0885066617696853>
PMid:29277137

Citirajte kot / Cite as:

Naraločnik, K., Donik, B., Kmetec, S. & Fekonja, Z., 2020. Etični konflikti med medicinskimi sestrami v intenzivni enoti. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(4), 289–296. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3021>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Vrednotenje zahtevnosti zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: opisna raziskava

Evaluation of nursing care intensity in the intensive care unit: a descriptive research

Elvina Okanović¹, Melita Peršolja^{2,*}

Glavne besede: kakovost; kategorizacija; management; z dokazi podprta praksa

Key words: quality; categorization; management; evidence-based practice

¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Nevrološka klinika, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

² Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

* Korespondenčni avtor / Corresponding author: melita.persolja@fvz.upr.si

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Elvine Okanović *Zanesljivost točkovnih sistemov za vrednotenje zahtevnosti zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije* (2020).

IZVLEČEK

Uvod: Nekateri oddelki za intenzivno terapijo in nego potrebe po osebju zdravstvene nege izračunavajo iz podatkov dveh sistemov kategorizacije potreb pacientov (slovenskem in točkovnem sistemu terapevtskih intervencij TISS-28). Namen raziskave je bil ugotoviti razlike v dokumentirani zahtevnosti zdravstvene nege in v potrebah po medicinskih sestrah glede na uporabljen sistem kategorizacije potreb pacientov.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna opisna raziskava. Na bolnišničnem oddelku je bila v letu 2018 izvedena retrospektivna raziskava, v katero so bili vključeni podatki vseh 239 pacientov, ki so bili hospitalizirani med 1. januarjem 2016 in 31. decembrom 2016. S pregledom dokumentacije 108 opazovalnih dni so bili na opazovalni listi beleženi podatki o kategoriji potreb pacientov po dveh metodah kategoriziranja. Podatki so bili obdelani opisno in s statistiko sklepanja o povezavah.

Rezultati: Razlika v dokumentirani stopnji zahtevnosti zdravstvene nege glede na uporabljeno metodo kategorizacije je statistično značilna. Število medicinskih sester, ki jih potrebujejo v zdravstveni negi, se razlikuje glede na uporabljeno metodo kategorizacije ($Z = 3,548, p < 0,001$); potreba po medicinskih sestrah se močno povezuje z metodo kategorizacije pacienta ($\rho = 0,939, p = 0,001$).

Diskusija in zaključek: Potrebe po medicinskih sestrah, ki izhajajo iz metode kategoriziranja pacientov s TISS-28, so v primerjavi z neto potrebami glede na Slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege večje. Izsledki raziskave so pomembni za menedžment zdravstvene nege, ki z izbiro sistema kategorizacije potreb pacientov lahko vpliva na prikaz kadrovskih potreb.

ABSTRACT

Introduction: Some intensive care departments calculate the needs for nursing staff based on data from two patient needs categorization systems (the Slovenian and the TISS-28 system). The aim of this research was to determine the differences in the documented complexity of nursing care and in the needs of nurses according to the system of patient needs categorization used.

Methods: A quantitative descriptive methodology was used. A retrospective study that included data from all the 239 patients hospitalized between 1 January and 31 December 2016 was conducted in 2018 at a hospital ward. By reviewing the documentation from 108 observation days, the category of patient needs by two methods of categorization was documented. The data were processed with descriptive and inference statistics.

Results: The difference in the documented level of nursing intensity according to the categorization method used is statistically significant. The number of nursing staff required in nursing varies according to the categorization method used ($Z = 3.548, p < 0.001$) and correlates strongly with the patient categorization method ($\rho = 0.939, p = 0.001$).

Discussion and conclusion: The need for nursing staff resulting from the method for categorizing patients and the scoring system for therapeutic interventions is greater than the needs resulting from the Slovenian system for categorizing patients in nursing. The research results are relevant for nursing management, which may have an influence on the representation of personnel requirements by selecting the categorization of nursing requirements.



Prejeto / Received: 21. 4. 2020
Sprejeto / Accepted: 10. 8. 2020

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3033>

Uvod

Sistem kategorizacije pacientov je orodje medicinskih sester, s katerim spremljajo potrebe pacientov po zdravstveni negi (Kadivec, 2017). Kategorizacija omogoča izračun zahtevnosti zdravstvene nege, opredeljene s časom, ki ga medicinska sestra porabi za neposredno delo s pacientom (Tekdos Seker, et al., 2018) in ki naj bi bil podlaga za dnevno določanje potrebnega števila medicinskih sester na bolnišničnem oddelku (Vrtek, et al., 2017). Poznamo več sistemov kategorizacije potreb pacientov, ki jih najpogosteje delimo na prototipske in faktorske. Prototipski sistemi temeljijo na značilnostih tipičnega pacienta za vsako kategorijo zdravstvene nege (Štih, 2011), faktorski pa na razdelitvi intenzivnosti zdravstvene nege glede na oceno potreb pacientov s kritičnimi indikatorji (Klančnik-Gruden, et al., 2011).

V Sloveniji se za ugotavljanje potreb po zdravstveni negi uporablja enoten sistem – Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN). Za razvrstitev pacientov v kategorije se uporablja pet kriterijev: pomoč pri osebni higieni, pomoč pri gibanju, pomoč pri hranjenju, dolgotrajna aplikacija terapije, stalen in občasen nadzor. Vsaka kategorija ima postavljen korekcijski faktor. Za vsa merila obrazca SKZBZN velja, da so lahko označena le, če je pacientovo stanje ustrezalo zahtevam merila najmanj osem ur. Delo izvajalcev zdravstvene nege v času enega dne je upoštevano v kategoriji pacienta. Vendar SKZBZN ni dovolj natančen za prikaz obremenitve medicinskih sester v enotah intenzivne terapije in nege (EIT) (Bregar & Klančnik Gruden, 2015; Očko & Zorc, 2018). Zaradi kompleksnosti zdravstvene nege v EIT, povečevanja števila pacientov, števila zahtevnih intervencij in osveščenih pacientov so v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana leta 2007 sklenili, da bodo v EIT poleg SKZBZN uporabljali tudi točkovni sistem terapevtskih intervencij (TISS-28). S tem naj bi natančneje izmerili zahtevnost zdravstvene nege (Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2008).

V TISS-28 so obremenjenost medicinske sestre ter vrsta in število aktivnosti zdravstvene nege sorazmerni z obsežnostjo bolezni ali poškodbe pacienta. Aktivnosti zdravstvene nege so ocenjene s točkami od 1 do 8; ena točka predstavlja 10,6 minute neposrednega dela medicinske sestre ob pacientu. Aktivnosti zdravstvene nege so zbrane v sedem sklopov, ki vrednotijo: osnovne aktivnosti, kardiovaskularno podporo, respiratorno, ledvično, nevrološko in metabolno podporo ter specifične aktivnosti. Vsota točk TISS-28 med vrednostjo 40 in 50 ustreza delu treh medicinskih sester na dan oziroma ene medicinske sestre v osemurnem delavniku. S TISS-28 lahko ovrednotimo od 55 do 60 % aktivnosti medicinskih sester v EIT (Wysokinski, et al., 2013; Hozjan & Svilar, 2016). TISS-28 upošteva veliko aktivnosti za oceno delovnih obremenitev izvajalcev zdravstvene nege ter

je po navedbah Hozjana in Svilarja (2016) uporaben in zanesljiv.

Za načrtovanje kadrovskega potreb je treba izvajati natančno vrednotenje delovne obremenitve medicinskih sester (Wang, et al., 2018). Kadrovske normativ temelji na oceni pacientove samostojnosti oziroma odvisnosti od zdravstvene nege glede na njegovo zdravstveno stanje, ki je opredeljeno s kategorizacijo pacientov. V EIT so zaradi življenjske ogroženosti po SKZBZN vsi pacienti razporejeni v najvišjo, četrto kategorijo, ki zahteva 3,80 (neto vrednost) diplomirane medicinske sestre na pacienta na dan (Zbornica-Zveza, et al., 2013). SKZBZN ne dopušča prilagoditev znotraj kategorije, zato podatki kategoriziranja še vedno niso povsem uporabni za ugotavljanje delovnih obremenitev in potreb po izvajalcih zdravstvene nege (Bregar & Klančnik Gruden, 2015). Z vidika kadrovanja je sistem TISS-28 precej natančnejši, saj potrebe pacienta ugotavlja glede na število in zahtevnost aktivnosti zdravstvene nege (Svilar, 2015).

Če želimo prikazati pomembnost zdravstvene nege, moramo dokazati izvedeno delo, njegovo količino in kakovost (Kadivec, 2017). Uporaba dveh sistemov kategoriziranja namesto enega bi morala povečati objektivnost podatkov in na koncu podati vsaj približno enake rezultate o potrebnem številu osebja zdravstvene nege. Vendar nekateri tuji avtorji (Wysokinski, et al., 2013; Ferreira, et al., 2017) opozarjajo, da istočasna uporaba dveh sistemov daje različne rezultate glede zahtevnosti zdravstvene nege. Tako torej ni gotovo, da izračunavanje potreb po medicinskih sestrah glede na dokumentirane potrebe pacientov po dveh sistemih večja objektivnost in verodostojnost meritev.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil opisati razmerje med kategorijami potreb po zdravstveni negi in sistemom kategorizacije, s ciljem ugotoviti razlike v dokumentirani zahtevnosti zdravstvene nege s sistemoma kategorizacije TISS-28 in SKZBZN. Zastavili smo dve hipotezi:

H1: Stopnja ocenjene zahtevnosti zdravstvene nege se statistično značilno razlikuje glede na metodo kategoriziranja pacienta po TISS-28 in SKZBZN (ob sprejemu, prvi ležalni dan in ob odpustu).

H2: Ocenjena potreba po medicinskih sestrah se statistično značilno razlikuje glede na metodo kategoriziranja pacienta po TISS-28 in SKZBZN.

Metode

Uporabljena je bila kvantitativna opisna raziskava na populaciji pacientov bolnišničnega oddelka. V izbranem časovnem obdobju smo podatke iz dokumentacije z večkratnimi opazovanji zbirali na namenskem vzorcu.

Opis instrumenta

Instrument smo sestavili glede na namen raziskave ter praktične izkušnje iz kategorizacije pacientov in iz obravnave življenjsko ogroženega pacienta. Na opazovalnem listu smo beležili podatke iz treh virov: a) poročila kategorizacije zdravstvene nege; b) poročila kategorizacije zdravstvene nege iz programa Hipokrat; c) izpolnjenih obrazcev točkovega sistema TISS-28. Iz poročila kategorizacije zdravstvene nege smo izpisali naslednje podatke: število sprejetih pacientov ter stopnjo kategorizacije pacientov po SKZBZN. Iz poročila kategorizacije zdravstvene nege iz programa Hipokrat smo izpisali mesečne podatke o številu pacientov na oddelku in razporejenosti kategorij zahtevnosti zdravstvene nege za hospitalizirane paciente. Iz mesečnega obrazca točkovega sistema TISS-28 smo izpisali točke pacienta za čas hospitalizacije ter kategorijo glede na vsoto točk. Beležili smo dnevno vsoto SKZBZN in TISS-28 za vsakega pacienta na izbrani dan opazovanja.

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo večkratnih opazovanj (Zorec, et al., 2001), s katero je bilo mogoče zajeti podatke za vse dni v tednu. Med dnevoma meritvama je moralo biti najmanj teden dni premora, da so bila zajeta vsa nihanja v številu pacientov. Tako smo izbrali devet opazovalnih dni za vsak mesec v letu 2016 ($n = 108$).

Podatke je neposredno iz dokumentacije na listo izpisovala oseba, ki ima večletne izkušnje s kategorizacijo pacientov v obeh sistemih. Morebitne nejasnosti so bile rešene v pogovoru z medicinskimi sestrami neposredno na oddelku in v konzultaciji med avtoricama raziskave. Podatki so bili na listo neposredno izpisani iz oddelčne dokumentacije. Izmerjena zanesljivost instrumenta je primerna (Cronbach $\alpha = 0,736$).

Opis vzorca

Raziskava je potekala na EIT nevrološkega oddelka Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Vzorčni okvir je predstavljal seznam vseh pacientov, ki so bili hospitalizirani vsaj osem ur v obdobju od 1. januarja 2016 do 31. decembra 2016. Od skupno 239 (100 %) hospitaliziranih pacientov smo jih od 108 dni opazovanja v raziskavo zajeli 236 (98,74 %) v kategoriji »sprejem«, 220 (92,05 %) v kategoriji »prvi ležalni dan« in 188 (78,66 %) v kategoriji »odpust«. Podatke je po službeni dolžnosti beležilo sedem diplomiranih medicinskih sester. Demografskih podatkov pacientov nismo beležili.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo raziskave so bila pridobljena ustna in pisna dovoljenja strokovne vodje zdravstvene nege kliničnega oddelka, strokovne vodje zdravstvene nege klinike, predstojnika in soglasje Skupine

za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Zbiranje podatkov je potekalo od 30. aprila 2018 do 22. avgusta 2018. Vsi podatki so bili beleženi anonimno in kumulativno. Potrebe po številu medicinskih sester smo izračunali dvakrat: najprej iz zbranih podatkov o potrebah pacientov iz kategorizacije TISS-28 ter nato ponovno iz podatkov, zbranih s SKZBZN.

V TISS-28 nam seštevek vseh točk za opravljene aktivnosti zdravstvene nege na pacienta pove, v katero kategorijo sodi (kategorija 1 = do 10 točk; kategorija 2 = od 10 do 19 točk; kategorija 3 = od 20 do 39 točk; kategorija 4 = 40 ali več točk) (Reis Miranda, et al., 2003). Za izračun potreb po medicinskih sestrah smo število točk v vsaki kategoriji pomnožili s številom pacientov v kategoriji. Opravili smo še izračun za popoldansko in nočno izmeno. Sešteli smo točke vseh treh izmen in jih delili s povprečjem točk, ki jih medicinska sestra izvede pri pacientu v eni izmeni (Tabela 1). Ker točke TISS-28 ne krijejo celotnega dela medicinskih sester (Hozjan & Svilar, 2016), smo izračunali še preostale aktivnosti zdravstvene nege (45 %). Tako sta sistema postala primerljiva, saj TISS-28 sicer meri aktivnosti v eni delovni izmeni, SKZBZN pa v 24 urah (Klančnik-Gruden, et al., 2011; Wysokinski, et al., 2013). Pomagali smo si z naborom standardnih aktivnosti medicinskih sester v EIT na Nevrološki kliniki. V vsaki izmeni se pri pacientu izvaja: standardni monitoring (5 točk), odvzem laboratorijskih preiskav (1 točka), večkratna aplikacija venozne terapije (3 točke), rutinske preveze (1 točka), večkratna aplikacija iste vazoaktivne učinkovine / različnih vazoaktivnih učinkovin (4 točke), oskrba periferne arterijske linije (5 točk), oskrba centralnega venskega kanala (2 točki), katera koli oblika mehanske ali podporne ventilacije s PEEP ali brez (5 točk), oskrba umetnih dihalnih poti (1 točka), respiratorna fizioterapija, spirometrija, inhalacije, aspiracija (1 točka), merjenje urne diureze (2 točki), enteralno hranjenje (2 točki). Skupaj znaša vrednost osnovnih aktivnosti zdravstvene nege na opazovanem oddelku 32 točk na hospitaliziranega pacienta.

Tabela 1: Izračunane točke TISS-28 za ugotavljanje potreb po medicinskih sestrah

Table 1: Calculated TISS-28 Nursing Assessment Points

Kategorija / Category	Točke TISS-28 / TISS-28 score	Izračunane točke TISS-28 / Calculated TISS-28 points
1	< 10	9
2	10–19	19
3	20–39	34
4	≥ 40	50

Številске spremenljivke so bile opisane kot povprečje (\bar{x}), mediana (Me) ter standardni odklon (s). Da bi

preverili, ali so podatki normalno porazdeljeni, smo uporabili Kolmogorov-Smirnov test. Ko je distribucija statistično pomembno odstopala od normalne, smo uporabili neparametrične teste (Cvetek, 2013). Hipoteze o enakosti srednjih vrednosti med dvema neodvisnima vzorcema smo testirali s pomočjo neparametričnega Mann-Whitneyevega testa (Z), povezanost pa s Spearmanovim koeficientom korelacije. Podatki so bili shranjeni v Microsoft Excell in analizirani s programom SPSS, verzija 22 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Kot mejo statistične značilnosti smo upoštevali $p < 0,05$.

Pri izračunu potreb po medicinskih sestrah s SKZBZN smo uporabili smernice Razširjenega kolegija za zdravstveno nego (Zbornica-Zveza, et al., 2013). Dnevno število hospitaliziranih pacientov smo pomnožili s 3,8 diplomirane medicinske sestre (neto normativ). Tako smo dobili število potrebnih medicinskih sester za 24 ur.

Rezultati

Pri kategorizaciji po SKZBZN je bila stopnja zahtevnosti zdravstvene nege konstanta z vrednostjo štiri. To pomeni, da so bili vsi pacienti v življenjski nevarnosti in v celoti odvisni od pomoči medicinskih sester. Pri kategorizaciji po TISS-28 podatki niso bili normalno porazdeljeni ($Z = 338, p < 0,05$).

Prvi vzorec je vključeval podatke ob sprejemu pacienta na oddelek, in sicer kategorizacijo glede na podatke SKZBZN in kategorizacijo glede na podatke TISS-28. Rezultati so pokazali, da med kategorijama obstajajo statistično značilne razlike v ocenjeni stopnji zahtevnosti zdravstvene nege ob sprejemu (Tabela 2). Pri metodi kategorizacije SKZBZN je bila povprečna zahtevnost zdravstvene nege ocenjena višje ($\bar{x} = 4,0, s = 0,000$) kot povprečna zahtevnost zdravstvene nege pri metodi kategorizacije TISS-28 ($\bar{x} = 3,53, s = 0,621$). Na podlagi teh rezultatov lahko trdimo, da se stopnja zahtevnosti zdravstvene nege ob sprejemu v intenzivno obravnavo razlikuje glede na metodo kategoriziranja pacienta ($Z = -10,78, p < 0,001$).

Podobno velja tudi za prvi ležalni dan in dan odpusta (Tabela 2). Pri metodi kategorizacije s SKZBZN je bila povprečna zahtevnost zdravstvene nege prvi ležalni dan višja ($\bar{x} = 4,0, s = 0,000$) kot povprečna zahtevnost zdravstvene nege pri metodi kategorizacije TISS-28 ($\bar{x} = 3,48, s = 0,577$). Na podlagi teh rezultatov lahko trdimo, da se stopnja zahtevnosti zdravstvene nege prvi ležalni dan razlikuje glede na metodo kategoriziranja pacienta ($Z = -11,69, p < 0,001$).

Rezultati kažejo še, da med obema vzorcema tudi ob odpustu pacienta z oddelka obstajajo statistično značilne razlike v stopnji zahtevnosti zdravstvene nege glede na sistem kategoriziranja ($Z = -15,97, p < 0,001$).

Tabela 2: Primerjava stopnje kategorizacije pacienta glede na sistem kategorizacije

Table 2: Comparison of patient categorization grade by categorization system

Čas / Time	n	Metoda kategoriziranja / Categorization method	Povprečje / Average	Standardni odklon / Standard deviation	Mediana / Median	Z	p
Sprejem	236	SKZBZN	4,00	0,000	4,00	-10,78	< 0,001
		TISS-28	3,53	0,621	4,00		
Prvi ležalni dan	220	SKZBZN	4,00	0,000	4,00	-11,69	< 0,001
		TISS-28	3,48	0,577	4,00		
Odpust	188	SKZBZN	4,00	0,000	4,00	-15,97	< 0,001
		TISS-28	2,78	0,731	3,00		

Legenda / Legend: n – število / number; Z – Z vrednost Mann-Whitneyeva testa / Mann-Whitney Z score; p – statistična značilnost / statistical significance; TISS-28 – Sistem terapevtskih intervencij / Therapeutic intervention scoring system; SKZBZN – Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege / Slovenian categorization of the intensity of hospital nursing

Tabela 3: Primerjava potreb po medicinskih sestrah glede na sistem kategorizacije pacientov (n = 108)

Table 3: Comparison of the number of nurses needed by the Patient Categorization System (n = 108)

Način kategorizacije / Categorisation method	Povprečje / Average	Mediana / Median	Povprečni rang / Average rank	Vsota rangov / Sum of ranks	U	Z	p
SKZBZN	31,14	30,40	96,50	10097,50	4211,500	3,548	< 0,001
TISS-28	33,75	33,50	123,50	13338,50			

Legenda / Legend: U – Mann-Whitneyeva U-vrednost / Mann-Whitney U score; Z – Z vrednost Mann-Whitneyeva testa / Mann-Whitney Z score; p – statistična značilnost / statistical significance; TISS-28 – Sistem terapevtskih intervencij / Therapeutic intervention scoring system; SKZBZN – Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege / Slovenian categorization of the intensity of hospital nursing

Pri metodi kategorizacije po SKZBZN je bila ocenjena zahtevnost višja, saj so bili vsi obravnavani pacienti razporejeni v kategorijo 4 ($s = 0,00$), medtem ko so bili z metodo kategoriziranja po TISS-28 pacienti razporejeni v nižje kategorije ($\bar{x} = 2,78$, $s = 0,731$). Na podlagi teh rezultatov lahko trdimo, da se stopnja zahtevnosti zdravstvene nege ob odpustu iz intenzivne obravnave razlikuje glede na metodo kategoriziranja pacienta.

Primerljivost srednjih vrednosti smo med dvema neodvisnima vzorcema (vzorec 1: potrebe po medicinskih sestrah glede na podatke SKZBZN; vzorec 2: potrebe po medicinskih sestrah glede na podatke TISS-28) testirali s pomočjo neparametričnega Mann-Whitneyevega testa. Število potrebnih medicinskih sester se med vzorcema razlikuje glede na uporabljeno metodo kategorizacije (Tabela 3).

Pri metodi kategorizacije SKZBZN in ob upoštevanju neto kadrovskih normativov (Zbornica-Zveza, et al., 2013) je povprečno število potrebnih medicinskih sester nižje v primerjavi s povprečnim številom potrebnih medicinskih sester po metodi kategorizacije TISS-28 ($Z = 3,548$, $p < 0,001$). Potreba po medicinskih sestrah se zelo močno povezuje z metodo kategorizacije pacienta ($\rho = 0,939$, $p = 0,001$).

Diskusija

Namen raziskave je bil primerjati zahtevnost zdravstvene nege ob upoštevanju uporabljenih sistemov kategorizacije potreb pacienta. Ugotovljeno je bilo, da se stopnja ocenjene zahtevnosti zdravstvene nege povezuje z metodo kategoriziranja pacienta. Iz tega sledi, da se število potrebnega osebja zdravstvene nege značilno razlikuje glede na uporabljen sistem kategorizacije pacientov, kar odpira vprašanje zanesljivosti obeh sistemov.

Točkovni sistemi (kot je TISS-28) so zelo uporabno orodje za merjenje delovne obremenitve medicinskih sester v zdravstveni negi (Nieri, et al., 2018), za boljšo razporeditev kadra in posledično nižje delovne obremenitve (Ferreira, et al., 2017). Na prvi pogled deluje kot zanesljiv sistem (Wang, et al., 2018), vendar je omejen s seznamom aktivnosti medicinske sestre (Wysokinski, et al., 2013). V naši raziskavi je bila vsota aktivnosti medicinske sestre 32 točk, kar pomeni, da je ena medicinska sestra v povprečju porabila 339 minut (5,65 ure) dela za točkovane aktivnosti. Sistem dopušča subjektivnost pri interpretaciji posamezne kategorije in ne upošteva osnovnih aktivnosti zdravstvene nege (Miranda, et al., 1996). Nikjer niso evidentirani ali ovrednoteni naročanje terapije ter materiala, predaje pacientov, čas, ki ga medicinska sestra porabi za pridobivanje izvidov ali potrebnih dokumentov, transport pacienta na različne diagnostično-terapevtske posege, sprejem in odpust pacienta ter posledično čiščenje posteljne enote, medicinskotehnični posegi, pri katerih medicinske

sestre sodelujejo in/ali asistirajo zdravniku (lumbalna punkcija, uvajanje perkutane traheostome), odvzemi različnih vzorcev za mikrobiološke preiskave, delovne obremenitve, ki niso neposredno povezane s pacientom (priprava instrumentov za sterilizacijo, naročanje in zlaganje zdravstvenega materiala, zdravil in perila ...) ter nazadnje tudi različna administrativna in organizacijska dela ter čas za učenje in mentorstvo. Resnost stanja pacienta se odraža v številu aktivnosti zdravstvene nege in seštevku TISS-28. Slabše kot je stanje pacienta, višje so vrednosti TISS-28. Pri višjih vrednostih TISS-28 je porabljen čas za aktivnosti značilno višji, pri nižjih vrednostih pa je pomembno več časa porabljenega za aktivnosti, ki niso beležene v sistemu (Reis Miranda, et al., 1996).

Drugi sistem, SKZBZN, je splošen (Vrtek, et al., 2017) in ne omogoča upoštevanja dinamike v statusu pacienta znotraj kategorije. Hospitalizirani pacient v EIT, ki diha sam, brez pomoči ventilatorja, se sam izkašlja, uživa hrano in zdravila po nazogastrični sondi, a potrebuje nadzor, po zahtevnosti ni primerljiv s pacientom, ki je vitalno nestabilen, sediran, umetno ventiliran in potrebuje številne aspiracije. Delo s pacienti v kritičnem stanju, ki potrebujejo stalno prisotnost medicinskih sester, in s preostalimi pacienti, ki prav tako spadajo v četrto kategorijo zahtevnosti zdravstvene nege po SKZBZN je glede na intenzivnost različno, vendar s slovenskim sistemom tega ni mogoče zaznati.

Izračun intenzivnosti zdravstvene nege za posamezen oddelek naj bi bil podlaga za dnevno določanje potrebnega števila medicinskih sester na oddelku (Vrtek, et al., 2017). V naši raziskavi se ocenjena potreba po medicinskih sestrah statistično značilno razlikuje glede na metodo kategoriziranja pacienta po TISS-28 in SKZBZN, saj sistema različno vrednotita delo in potrebe po številu medicinskih sester. Prikazano je neskladje med kategorizacijo pacientov in kadrovskimi normativi medicinskih sester v EIT. Tudi Hozjan in Svilar (2016) ter Jagodic in Jaklič (2007) so primerjali rezultate kategoriziranja pacientov po TISS-28 s SKZBZN ter ugotovili, da je razlika med številom potrebnih medicinskih sester glede na kategorizacijo od najmanj dve do največ pet oziroma od tri do 6,6 na dan. V trimesečni raziskavi sta Jagodic in Jaklič (2007) za izračun potreb po medicinskih sestrah uporabila bruto normativ (v nasprotju z našo raziskavo), zato je izračunana potreba po medicinskih sestrah s SKZBZN višja kot rezultati po TISS-28. V naši raziskavi se je pokazalo nasprotno: višje število potrebnih medicinskih sester smo izračunali s TISS-28, kljub temu da je bila po SKZBZN izračunana vrednost kategorizacije pacientov pomembno višja.

Izsledki raziskave so pomembni za zdravstveno nego, saj izbira sistema kategorizacije pacientov predstavlja orodje menedžmenta za oblikovanje timov, obremenitve in zaposlovanje medicinskih sester. Menedžment lahko z izbiro sistema kategoriziranja

pacientov vpliva na prikazane kadrovske potrebe, čeprav se izsledkov iz dokumentiranja potreb pacientov in aktivnosti medicinskih sester pri nas še vedno ne uporablja za kadrovanje.

Izbira sistema ugotavljanja potreb pacientov mora biti utemeljena, instrument pa prilagojen posebnostim oddelka. Sistem kategorizacije je treba dodelati tako, da bo praktično uporaben in objektivni za kadrovske odločitve. Uporabljali naj bi en zanesljiv in prilagojen sistem namesto dveh pomanjkljivih. S tem bi znižali obremenitev medicinskih sester z vidika dvojnega kategoriziranja in ugotovljene potrebe po kadrih vpeljali v prakso.

Omejitev raziskave je v vključitvi zgolj enega oddelka, enote za intenzivno terapijo, katere značilnosti ni mogoče enačiti s splošnimi bolnišničnimi oddelki. Izvedena raziskava se osredotoča zgolj na dva sistema kategorizacije potreb pacientov. Demografski podatki pacientov niso bili upoštevani. Kategorizacijo so po obeh sistemih izvajale oddelčne medicinske sestre, pri čemer je treba upoštevati možnost napak in do določene mere subjektivno ocenjevanje. Pomanjkljivost je tudi v tem, da je bil uporabljen nov pristop, z nepreverjenim instrumentom. Pri pregledu literature smo ugotovili, da je na razpolago veliko strokovne, malo pa znanstvene in novejšje slovenske literature.

Zaključek

Rezultati kategorizacije potreb pacientov so pokazali statistično značilno razliko rezultata glede na metodi kategoriziranja. To pomeni, da se število potrebnega osebja zdravstvene nege v EIT razlikuje glede na uporabljen sistem kategorizacije pacientov. Metoda TISS-28 bi bila v primerjavi s slovensko metodo uporabnejša za načrtovanje kadra in prikaz obremenjenosti oddelka EIT, če bi bila posodobljena in prilagojena našim razmeram. Področje zahteva več raziskovanja, predvsem razvoj raziskovalnega instrumenta in primerjavo rezultatov drugih sistemov kategorizacije.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

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

Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je izvedla celotno raziskavo in napisala zasnovo članka. Druga avtorica je nadzirala celoten potek raziskave in sestavila članek. / The first author conducted the entire research and wrote the draft of the article. The second author supervised the entire research, and completed the article.

Literatura

Bregar, B. & Klančnik Gruden, M., 2015. Kategorizacija zahtevnosti zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah v letu 2013. In: M. Majcen Dvoršak, T. Štemberger Kolnik & D. Klemenc, eds. *Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj z recenzijo: 10. jubilejni kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 11.–12. maj 2015*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 226–233.

Cvetek, R., 2013. *Raziskujemo medosebne odnose: priručnik za izvedbo kvantitativne empirične raziskave*. Ljubljana: Teološka fakulteta.

Ferreira, P.C., Machado, R.C., Martins, Q.C.S. & Sampaio, S.F., 2017. Classification of patients and nursing workload in intensive care: comparison between instruments. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2), art. ID e62782. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/a956/55c2e25121a09e7f811f80cc2fe643b984cd.pdf> [4. 6. 2019]

Hozjan, K.L. & Svilar, V., 2016. Uporabnost točkovnih sistemov za vrednotenje zahtevnosti zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije. In: D. Dobršek, R. Kočvar, A. Nunar Perko, & K. Peternelj, eds. *Anesteziologija, intenzivna terapija, transfuziologija: skupaj za bolnika: Zbornik predavanj z recenzijo, 49. strokovni seminar, Rogaška Slatina 1. in 2. april 2016*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji, pp. 174–183.

Jagodic, V. & Jaklič, A., 2007. Načini vrednotenja dela medicinskih sester v enoti intenzivne terapije: primerjava slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege in točkovni sistem TISS-28. In: I. Muzlovič, M. Jereb, T. Jerca, P. Karner, A. Jaklič, et al., eds. *Respiracijski center: 50 let prvega slovenskega oddelka intenzivne terapije: (ustanovitev in razvoj Oddelka intenzivne terapije Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja), Ljubljana, 11. in 12. maj 2007*. Ljubljana: Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Združenje za infektologijo pri Slovenskem zdravniškem društvu, pp. 335–346.

- Kadivec, S., 2017. Kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege: orodje za načrtovanje negovalnega kadra. In: S. Kadivec, ed. *Izzivi zdravstvene nege na področju zdravstvene oskrbe bolnika z boleznijo pljuč: zbornik predavanj: program za zdravstveno nego*, Bled, 6. in 7. oktober 2017. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 16–21.
- Klančnik-Gruden, M., Bregar, B., Peternej, A., Marinšek, N., Zaletel, M. & Skela-Savič, B., 2011. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN): priložnik. In: M. Zaletel & B. Skela Savič, eds. *Protokol slovenske kategorizacije zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 13–22.
- 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.
- Reis Miranda, D., de Rijk, A. & Schaufeli, W., 1996. Simplified Therapeutic Intervention Scoring. *Critical Care Medicin*, 24(1), pp. 64–73. <https://doi.org/10.1097/00003246-199601000-00012> PMID:8565541
- Nieri, A.S., Manousaki, K., Kalafati, M., Padilha, K.G., Stafseth, S.K., Katsoulas, T., et al., 2018. Validation of the nursing workload scoring systems "Nursing Activities Score" (NAS), and "Therapeutic Intervention Scoring System for Critically Ill Children" (TISS-C) in a Greek Paediatric Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 48, pp. 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.005> PMID:29655596
- Očko, A. & Zorc, J., 2018. Potrebe po zdravstveni negi v enoti intenzivne terapije III: pogled vodij tima zdravstvene nege. In: B. Macuh, ed. *Za človeka gre: izzivi za znanost in izobraževanje: zbornik prispevkov z recenzijo, 6. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Maribor, 9. in 10. marec 2018*. Maribor: AMEU - ECM, Alma Mater Press, pp. 673–681.
- Svilar, V., 2015. Uporabnost točkovnega sistema TISS-28 v enoti intenzivne terapije. In: R. Parežnik, Z. Borovšak, P. Filekovič Ribarič, P. Gradišek, B. Grosek, et al., eds. *Dolgoročni izhod zdravljenja v EIT, zunajtelesna podpora zdravljenju, sepsa: zbornik predavanj, 21. seminar intenzivne medicine za medicinske sestre in zdravstvene tehnike, Bled, maj 2015*. Ljubljana: Slovensko združenje za intenzivno medicino, pp. 19–25.
- Štih, A., 2011. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege v pediatriji: naše izkušnje in predlogi. *Slovenska pediatrija*, 18, pp. 27–33. Available at: http://www.slovenskapediatrija.si/portals/0/clanki/2011/2011_1-2_18_027-033.pdf [5. 6. 2019].
- Tekdos Seker, Y., Hergunsel, O., Bostanci, I. & Zeydan, A., 2018. Utility of the therapeutic intervention scoring system-28 to predict mortality in intensive care units. *Eurasian Journal of Medicine and Oncology*, 2(1), pp. 35–39. <https://doi.org/10.14744/ejmo.2017.00719>
- Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2008. *Strokovno letno poročilo 2007*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana. Available at: https://www.kclj.si/dokumenti/0000021e-0000017b-letno_strokovno_porocilo_ukc_2007.pdf [4. 6. 2019].
- Vrtek, S., Puzić Ravnjak, N. & Majdič, N., 2017. Ocena težavnosti bolnikov glede na kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege na oddelku za rehabilitacijo bolnikov z okvaro hrbtenjače. *Rehabilitacija*, 16(1), pp. 17–24.
- Wang, Z.W., Zheng, J., You, L.M., Wang, Y.X., Gao, M.R. & Guan, X.D., 2018. Evaluation of the simplified therapeutic intervention scoring system: Chinese version. *Intensive and Critical Care Nursing*, 45, pp. 85–90. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.009> PMID:29158024
- 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
- Wysokinski, M., Ksykiewicz-Dorota, A. & Fidecki, W., 2013. Scope of nursing care in Polish intensive care units. *BioMed Research International*, 2013(2), art. ID 463153. <https://doi.org/10.1155/2013/463153> PMID:24490162; PMCID:PMC3892753
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego & Sindikat delavcev v zdravstveni negi, 2013. *Modra knjiga standardov in normativov v zdravstveni in babiški negi in oskrbi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kadrovski_standardi_v_zdravstveni_in_babiski_negi_5_7_2013_1.pdf [5. 6. 2019].
- Zorec, M., De Miranda, O.R., Filej, B. & Van den Hout, A.C., 2001. Razvoj metodologije merjenja količine dela v zdravstveni negi v mednarodnem projektu. *Obzornik zdravstvene nege*, 35(5), pp. 181–184. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2362/2295> [5. 6. 2019].

Citirajte kot / Cite as:

Okanović, E. & Peršolja, M., 2020. Vrednotenje zahtevnosti zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(4), 297–303. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3033>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Odnos Rominj do reproduktivnega zdravja in do stika z ginekološkimi zdravstvenimi službami: kvalitativna opisna raziskava

Attitudes of the Roma women towards reproductive health and their experience with gynaecological health service providers: a qualitative descriptive research

Marjeta Logar Čuček^{1, *}

Ključne besede: stališča; dejavniki; kulturna tradicija; zdravstvena obravnava; zdravstvena oskrba

Key words: attitudes; factors; cultural tradition; medical treatment; healthcare

¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

* Korespondenčni avtor /
Corresponding author:
marjeta.logar@kclj.si

Članek je nastal na osnovi doktorske disertacije Marjete Logar Čuček *Vpliv zdravstveno-vzgojne intervencije na osveščenost Rominj o reproduktivnem zdravju* (2016).

IZVLEČEK

Uvod: O reproduktivnem zdravju Rominj, žensk s svojstvenim načinom življenja v posebnih skupnostnih razmerah in z njim lastnimi navadami, je v Sloveniji malo znanega. Namen raziskave je bil prepoznati stališča Rominj do reproduktivnega zdravja in okoliščine dostopnosti ter obiska ustreznih zdravstvenih služb na primarni ravni.

Metode: Uporabljena je bila opisna kvalitativna metoda. Vzorec je bil namenski. Od 61 povabljenih je sodelovalo 44 polnoletnih Rominj, in sicer od maja 2014 do februarja 2015. Podatki so bili zbrani s tehniko delno strukturiranega intervjuja in analizirani s kvalitativno analizo vsebine.

Rezultati: Izdvojenih je bilo 18 kategorij, združenih v 7 tem: (1) skrb za zdravje, (2) stališča o reproduktivnem zdravju, (3) stališča o zdravstveni oskrbi v dispanzerju za ženske, (4) dejavniki, ki vplivajo na dostopnost do zdravstvenih služb, (5) odnosi v zdravstvenih obravnavah, (6) preventiva, (7) izobraževalni programi za romske ženske na področju reproduktivnega zdravja.

Diskusija in zaključek: Rominje si želijo stikov z zdravstvenimi službami, enakovrednega pristopa pri obravnavi in predvsem zdravja. Zaznana je potreba po izobraževanju, strokovnih nasvetih, predavanjih in delavnicah s področja reproduktivnega zdravja. Razvojne priložnosti se nakazujejo s pomočjo ozaveščanja o možnostih dostopa do reproduktivnih storitev in obravnave, ki jih ponujajo zdravstvene službe, vključevanja Rominj v zdravstvenovzgojne programe ob upoštevanju njihove kulture in tradicije.

ABSTRACT

Introduction: Not a lot is known in Slovenia about the reproductive health of the Roma women, who live in their own communities and have a specific way of life. The objective of the study was to identify the attitudes of the Roma women towards reproductive health and the accessibility and attendance of available primary healthcare services.

Methods: Qualitative research methodology was used. Purposive sampling was used. Out of 64 invited women, 44 of-age women decided to participate. The study was conducted between May 2014 and February 2015. Data were obtained using a semi-structured interview technique, and analysed with a qualitative content analysis.

Results: 18 categories were identified and later developed into 7 topics: (1) Care for health, (2) Attitudes to reproductive health, (3) Attitudes to healthcare at a women's clinic, (4) Factors that determine the accessibility of healthcare services, (5) Attitudes during treatments, (6) Prevention, (7) Reproductive health education programmes for the Roma women.

Discussion and conclusion: The Roma women wish to be in contact with healthcare service providers, to receive equal treatment and to remain healthy. A need for education, professional advice, lectures and reproductive health workshops has been identified. The Roma women should be informed about how to access the reproductive healthcare services and treatments offered by healthcare service providers. They should also be included in healthcare educational programmes, giving special consideration to their culture and tradition.



Prejeto / Received: 4. 6. 2020
Sprejeto / Accepted: 7. 11. 2020

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3043>

Uvod

Rominje, ki v Sloveniji večinoma živijo v skupnostih, opredeljenih po etični pripadnosti, potrebujejo posebno skrb pri ohranjanju njihovega reproduktivnega zdravja. Pomembna je tudi njihova lastna osveščenost v skrbi za zdravje, tj. dojemanje in postopno usvajanje pozitivnih sprememb v njihovem vedenju ali skupnosti (Logar, 2016). Osveščenost ni samoumevna, nanjo vplivajo samoiniciativnost, kulturno-etnične značilnosti prebivalstva ali skupine, izobrazba, socialno-ekonomski pogoji in možnosti oziroma zmožnosti ustreznega komuniciranja z izvajalci procesa (Zelko, 2015).

Odnos do reproduktivnega zdravja se pri Rominjah postopoma spreminja tudi pod vplivom večinske kulture in sodobnih medijev, a je tradicija, povezana s kulturnimi in zgodovinskimi izhodišči, še vedno prisotna (Rošar, 2010). Romske ženske se tako v Sloveniji kot v širšem evropskem prostoru soočajo z diskriminacijo na podlagi spola v družini in etnične pripadnosti v skupnosti, slabšega ekonomskega položaja, tudi nasilja in izključenosti (Kymlicka, 2017). Čvorovičeva (2019) je opozorila, da tradicionalni romski zakon sicer lahko dodatno zaščitno vpliva na zdravje romskih žensk, drugi naštetih dejavniki pa nanj vplivajo negativno (Logar, 2016; LeMasters, et al., 2019).

V Sloveniji so bili v preteklem poldrugem desetletju izvedeni številni premiki v skrbi za reproduktivno zdravje Rominj. Potekale so različne pobude za povečanje zdravstvene pismenosti med Rominjami in opolnomočenje pri koriščenju zdravstvenih storitev (Rodríguez Derecho, et al., 2013), a same možnosti dostopa do javnega zdravstvenega sistema, predvsem koriščenja preventive, iz različnih vzrokov še niso docela ozavestile. Na drugi nacionalni konferenci o zdravju Romov je bila izpostavljena potreba po informiranosti o reproduktivnem zdravju in pomenu približevanja ginekoloških pregledov (Druga nacionalna konferenca o zdravju romske populacije, 2009). Na njej so poudarili, da ustrezna motivacija s pristopi, primernimi romski kulturi, programi spodbujanja zdravja, z upoštevanjem jezikovnih preprek, stopnje izobrazbe in načina življenja vodi k uspešnejšemu osveščanju o reproduktivnem zdravju. Tudi posvet »Ženske Rominje« (2015) je nakazal izrazito potrebo po vključevanju Rominj v diskurz o njihovem položaju in potrebo po večji skrbi za spolno in reproduktivno zdravje žensk. Čopi in sodelavci (2016) navajajo, da je treba v slovenskem prostoru v čim večjem obsegu izvesti primerjavo reproduktivnega obdobja Rominj in večinskih prebivalc, saj bi rezultati dodatno osvetlili ovire pri večji skrbi Rominj za reproduktivno zdravje.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil preveriti, kakšno mnenje in odnos imajo Rominje do reproduktivnega zdravja, do

vloge primarnih zdravstvenih storitev in dejavnikov, s katerimi lahko razložimo odločitve za koriščenje možnosti spremljanja reproduktivnega zdravja v ginekološkem dispanzerju. Cilj raziskave je bil identificirati tista stališča o pomenu reproduktivnega zdravja in ovire pri odločanju za obisk zdravstvenih služb, ki bi vodili k ustrežnejšemu spoprijemanju z ustaljenim ravnanjem Rominj ter k večji in učinkovitejši skrbi zdravstvenih delavcev za reproduktivno zdravje romskih žensk. Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšna stališča imajo Rominje do reproduktivnega zdravja?
- Kateri dejavniki vplivajo na uporabo zdravstvenih storitev v ginekološkem dispanzerju?
- Kakšno vlogo zavzemajo zdravstvene službe pri ohranjanju reproduktivnega zdravja romskih žensk?

Metode

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop. Izvedli smo kvalitativno opisno raziskavo, osredotočeno na proučevanje izkušenj in odnosa do reproduktivnega zdravja sodelujočih.

Opis instrumenta

Podatke smo zbrali s pomočjo intervjujev, za katere je značilno, da je vsebina pogovorov znana vnaprej, pridobivanje podatkov in dodatna pojasnila pa potekajo odprto (Johnson & Rowlands, 2012). Delno strukturiran intervju je bil sestavljen tako, da je udeleženkam s pomočjo nevtralnih in odprtih vprašanj omogočal spregovoriti o njihovih izkušnjah, stališčih, mnenjih o reproduktivnem zdravju. Poskušali smo zagotoviti nevtralen odnos do njihovega načina izražanja in interpretacije dogodkov. Poleg začetnih sociodemografskih vprašanj smo za intervjuje pripravili vprašanja, ki so vključevala tri področja: vprašanja o stališčih Rominj do reproduktivnega zdravja; dejavnike, ki vplivajo na uporabo zdravstvenih storitev v ginekološkem dispanzerju; vlogo zdravstvenih služb na področju reproduktivnega zdravja. Oblikovali smo 18 izhodiščnih vprašanj, s katerimi smo najprej poizvedovali o splošnem zdravju Rominj, v nadaljevanju pa smo se osredotočili na reproduktivno zdravje. Primeri nekaterih vprašanj: Kje poiščete pomoč, če se ne počutite dobro? S kom se v okviru družine posvetujete o zdravstvenih težavah? Kako vam svetujejo sorodniki? Kakšen je razlog, da obiščete ginekologa v ginekološkem dispanzerju (npr. ob pojavu bolečine, nenadni krvavitvi, nosečnosti)? Kako se počutite ob obisku ginekologa? Kaj mislite, bi opustili katero od navad, za katero vemo, da slabo vpliva na zdravje in razvoj otroka (npr. kajenje)? Kaj menite o razumljivosti navodil, ki jih dobite ob obisku ginekologa? Kako bi lahko zaposleni v ginekološkem dispanzerju pripomogli, da bi se večkrat obrnili

nanje? Ste se že kdaj udeležili kakšnega predavanja v ginekološkem dispanzerju? Kako bi opisali dobro in zanimivo predavanje?

Zaradi lažjega premagovanja jezikovnih in kulturnih značilnosti smo intervjuje popestrili s plakati, različnimi zapisi in slikami. V okviru postavljenih vprašanj so se intervjuvanke lahko odzvale na vsa podvprašanja, vzpodbude in pojasnila. Če vprašanja v slovenskem jeziku niso razumele v celoti ali so hotele temo dodatno pojasniti, je sporazumevanje potekalo tudi v romskem jeziku. Jezikovno pomoč v romščini jim je ponudila romska pomočnica iz naselja.

Opis vzorca

Velikost vzorca pred zbiranjem podatkov ni bila natančno določena, saj ni bila odvisna od časa in razpoložljivih virov, ampak od pripravljenosti Rominj, da prostovoljno spregovorijo o svojih občutenjih in stališčih o reproduktivnem zdravju. Namenska velikost vzorca je bila določena na podlagi teoretične zasičenosti, tj. točke v procesu zbiranja podatkov, ko novi podatki niso prinesli dodatnih vpogledov in odgovorov na raziskovalna vprašanja (Adam, et al., 2012; Klemenc Ketiš, et al., 2014). Tako je bilo, glede na predhodno omenjeni pogoj, opravljenih 44 intervjujev, kar je predstavljalo 73,16 % od 61 povabljenih polnoletnih romskih žensk v starostnem

razponu od vključno 18 do 61 let. Tri udeleženke niso poznale svoje dejanske starosti. Več kot polovica intervjuvank, to je 52,2 % ($n = 23$), ni imela zaključene osnovnošolske izobrazbe, dobra petina, to je 22,7 % ($n = 10$), je zaključila osnovno šolo, enak delež intervjuvank, to je 22,7 % ($n = 10$), osnovne šole ni nikoli obiskoval, ena udeleženka (2,2 %) v raziskavi pa je zaključila srednjo šolo. Sociodemografske značilnosti žensk so predstavljene v Tabeli 1.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v izbranem romskem naselju. Na določeno lokalno skupnost smo se osredotočili zaradi slabše zdravstvene ozaveščenosti Rominj, njihovega nezdravega načina življenja, slabše udeležbe v preventivnih programih, pomanjkljive uporabe zdravstvenih storitev in neprimernih pristopov pri zagotavljanju zdravstvenih storitev romskim ženskam (Zupančič Tisovec, 2010). Intervjuji so potekali od 16. maja 2014 do 15. februarja 2015 s predhodno polletno pripravo dela na terenu. V fazi priprave smo k sodelovanju povabili ključne sodelavce, ki jim lokalna romska skupnost zaradi njihovega dolgoletnega dela zaupa. Pri obveščanju Rominj so sodelovali predstavniki centra za socialno delo, neformalni vodja romskega naselja in prostovoljka, ki pomaga Romom v naselju, ter zaposleni v zdravstvenem domu, in sicer v

Tabela 1: Sociodemografske značilnosti intervjuvanih Rominj

Table 1: Socio-demographic characteristics of the interviewed Roma women

Starostne skupine / Age group	Velikost vzorca (n) / Sample size (n)	Nepismena / Illiterate	Zakonski stan / Marital status			Izobrazba / Education			Zdravstveno zavarovanje / Health insurance	
			Poročena / partnerstvo / Married	Samska / Single	Vdova / Widow	Nedokončana osnovna šola / Incomplete primary school	Dokončana osnovna šola / Completed primary school	Dokončana srednja šola / Completed secondary school	Da / Yes	Ne / No
18–24	8	1	1	7	/	4	3	/	6	2
25–30	8	/	5	3	/	4	4	/	8	/
31–40	7	/	6	1	/	5	2	/	7	/
41–50	7	1	4	3	/	4	1	1	7	/
51–60	8	4	4	4	/	4	/	/	8	/
61–70	3	3	2	/	1	/	/	/	3	/
Ni podatkov	3	1	2	1	/	2	/	/	3	/
Skupaj	44	10	24	19	1	23	10	1	42	2

Legenda / Legend: n – število / number

ginekološkem dispanzerju, ki ga v raziskavi sodelujoče Rominje obiskujejo. Le tako je bilo v raziskavi mogoče pristopiti k posameznim Rominjam. Pred intervjujem je vsaka Rominja podpisala izjavo, da se je za sodelovanje v raziskavi odločila prostovoljno, zavestno in svobodno. Intervju smo začeli šele, ko smo ji razložili namen in vsebino raziskave ter je oboje razumela. Razlaga je potekala v slovenskem in romskem jeziku. Intervjuji so bili opravljeni s polnoletnimi Rominjami, ki so imele možnost kadar koli odstopiti od raziskave. V analizi in pozneje v interpretaciji nismo navajali imen in priimkov intervjuvank ali drugih podatkov, ki bi lahko razkrili identiteto intervjuvank. Intervjuje smo zvočno snemali; posnetke smo zapisali ter kakovost dodatno preverili z vnovičnim poslušanjem in sočasnim branjem besedil. Prepisane in preverjene intervjuje smo uporabili v analizi besedil.

Za obdelavo podatkov smo uporabili kvalitativno analizo vsebine, tj. razčlenjevanje obsežnih besedil v manjše vsebinske kategorije. Na začetku je bila faza priprave in organizacije, vključno z odprtim kodiranjem, oblikovanjem kategorij in abstrakcijo (Elo & Kyngäs, 2008; Saldaña, 2009; Schreier, 2012). V odprtem postopku kodiranja smo uporabili programsko opremo Atlas.ti. Ta temelji na razčlenjevanju zbranih podatkov. Tako pridobljene osnutke oziroma bloke smo kvalificirali glede na njihove lastnosti in dimenzije (Friese, 2012), in sicer na podlagi zasnovanega teoretičnega dela o reproduktivnem zdravju. Po določitvi kodirnih enot smo s pomočjo odprtega kodiranja identificirali kategorije in jih tudi klasificirali.

Rezultati

Na osnovi neodvisnega kodiranja prepisov smo oblikovali 18 kategorij, iz katerih smo oblikovali sedem tem, ki se nanašajo na reproduktivno zdravje. Število tem in pripadajoče kategorije smo prikazali v Tabeli 2. V nadaljevanju smo po posameznih temah in kategorijah, ki jih pojasnjujejo posamezne kode, izražene v kontekstu besedila, predstavili najbolj povédne izjave Rominj.

Skrb za zdravje

Rezultati raziskave so pokazali, da je zdravje pri Rominjah, ki so sodelovale v raziskavi, zelo cenjeno. Pomeni jim vrednoto, pri ohranjanju zdravja si pomagajo tudi same. Zavedajo se, da le zdrave lahko poskrbijo za svojo družino. Njihov odnos do zdravja nakazuje naslednji izjavi:

To je zakon, če si zdrav. (R22)

Ja, če se da, morš sama sebi pomagat. (R34)

V intervjujih so pogosto navajale problematiko kajenja in nezdravega življenjskega sloga. Zavedanje škodljivosti kajenja, pomena raznolike hrane, problematike nerednih obrokov, pomena vzdrževanja telesne teže pojasnjujejo tako:

Ma ne bum nikul nehala kadit. Ma nikul na svet. Bolš, da bi bla lačna. (R19)

Ne bi nehala kadit. Ko sem bla noseča, sem dva na dan. (R28)

Bi, seveda bi, ampak ene ne nehajo kadit. Ja, jaz bi nehala. (R4)

Tabela 2: Teme in kategorije o reproduktivnem zdravju Rominj

Table 2: Topics and categories regarding the reproductive health of the Roma women

<i>Teme / Topics</i>	<i>Kategorije / Categories</i>
Skrb za zdravje	Osebna skrb za zdravje Strah za zdravje kot kulturna specifika
Stališča do reproduktivnega zdravja	Reproduktivno zdravje in vloga družine Verovanja in samozdravljenje
Stališča do zdravstvene oskrbe na primarni ravni	Okoliščine obiska pri ginekologu Redni posveti pri ginekologu Občasni obiski pri ginekologu Razumevanje navodil v ginekološki ambulanti Odnos do ginekologa
Dejavniki, ki pomembno vplivajo na dostopnost do zdravstvenih služb	Socialno-ekonomski problemi kot ovira pri zdravljenju Pravice, zakoni
Odnosi v zdravstvenih obravnavah	Komunikacija z zdravstvenimi delavci Pojavnost stigme, diskriminacije
Preventiva	Vključevanje v mrežo preventivnih pregledov
Izobraževalni programi za romske ženske na področju reproduktivnega zdravja	Udeležba na izobraževanjih Razlogi za neudeležbo Kakovost izobraževalnih programov Izobraževalne strategije v povezavi z reproduktivnim zdravjem romskih žensk

Ja, bi morala bolj pazit, ja. Več salate, pa manj kadit. (R20).

Mamo vrtičke, pa kaj, ko podgane pa miši. Se bom jaz zastrupila. Salata ni vredna dva evra. Jaz se bojim tisto jest. Še dobro, da smo tuk zdravi. (R9)

Strah pred boleznimi in zlasti pred njihovimi posledicami Rominje izražajo na poseben način. Pogosto ne želijo govoriti o »grdih boleznih«, kot je npr. rak:

Al bo zdravnik rekel dobro al slabo. Ne bi smel povedat kar v obraz, naj mojim sorodnikom. Včasih ni nič, pa samo prestraši, ker se zmoti. Če bi študirala na to, bi umrla od straha. (R8)

Posebej so zaskrbljene za svoje otroke. Pogosto ne razlikujejo nevarnih stanj od nenevarnih, saj sta strah pred boleznijo in nezaupanje do primerne zdravniške oskrbe in obravnave velika. Oporo poiščejo v družini, ki jih tudi spremlja k zdravniku. Njihove občutke povzemamo z naslednjimi izjavami:

Bojim se, če kaj ne bi bilo v redu za otroka. (R13)

Zadnjič sem odpeljala sina; pa sem bila jaz, mož. Pa sem rekla, veste kaj, zdravnica, sej veste, kakšno majo Romi navado. Ko eden pride, pridejo še drugi. Če so kake ekstremne situacije, jih pride več. (R17)

Pravijo, tam je vrsta za vse in je to to. Morš čakati. Ne bi slili kar naprej, samo če je človeku hudo, mormo pomagat. (R39)

Tista žarnica, pa to pa ono v Novem mestu. Je rekla ena ženska, da se je tista žarnica zlomila v njej. Pa da bi šla jaz na to žarnico?! Nikoli. (R8)

Stališča o reproduktivnem zdravju

Družine imajo pri intervjuvanih Rominjah posebno vlogo tudi pri vprašanih reproduktivnega zdravja. V okviru družine dobijo nasvete o ginekoloških težavah, nosečnosti, zaščiti, porodu, menstruaciji. Svoje mame so Rominje predstavile kot prve zaupnice in svetovalke, kar so v večini potrdile z izjavo:

Moja mama mi je največ razložila, kako to gre. (R33)

Nekatere matere so svojim hčeram še pred dvema desetletjema pomagale pri porodu. Na vprašanje, kje so rodile, so odgovorile, da so rojevale doma, ob pomoči sorodnikov in izkušenih babic, ki so porod vodile brezhibno. Tudi način poroda je potekal drugače. Izjavile so:

Nismo hodili k zdravniku. Prvič sem rodila v bolnici, dvakrat kar doma pri mami. Ona je bla ko babca. Tud seb je pomagala sama, vse to. (R15)

Ja, če je druga ženska rodila, sem šla pomagat, ja sem šla. Sm bla ko babca. (R23)

V baraki. Čepe, na postelji. Je šlu laže. Pomagala je starejša ženska. Je bla ko babca. Velik je znala. Smo ble učas čist mlade. (R21)

Vesti o nosečnosti ostanejo v krogu družine, »razkritje« prepustijo času. Pogosto so zatrjevale, da o nosečnosti najprej povedo možu in mami:

Mami in možu, nobenmu drugmu. Taki majo Romi navado, tud po pet mesecev punce ne povejo, potem pa se že vidi. (R17)

Večja zdravstvena osveščenost, različni mediji, izobraževanje, vse to je v zadnjih letih prispevalo k spreminjanju odnosa Rominj do reproduktivnega zdravja. V intervjujih so navajale, da danes poleg napotkov, ki jih dobijo doma, po nasvete hodijo tudi v ginekološki dispanzer, rojevajo pa večinoma v porodnišnici:

Sedaj je že civilizacija in hodjo vsak mesec. Eno pet let nazaj so začele, ko so noseče, redno hodijo. Rodijo tud v porodnišnici. Včas pa v gozdu. (R22)

Ja, jaz se najbolj pogovorim z zdravnikom, najboljš da nasvete. (R1)

V pogovoru o ginekološkem zdravju smo zaznali, da nekateri možje spremljajo žene h ginekologu, sprejemanje odločitev, npr. o zaščiti, pa prepustijo ženam:

Rekel je, da naj bo tako, kot se bom jaz odločila. To je moja odločitev. (R33)

Se pomenva. Ne, ne odloča on. Se pomenmo. Bolš je, če je zraven. (R13)

Sva se zmenila. Sej on je vidu, kakšne mamo ženske težave. Tud moški vejo, da so takrat, ko se rodi, bolečine. (R9)

Samozdravljenje, ki je bilo med Romi nekdanj edino znano in priznано, je še vedno nekoliko prisotno. V primeru bolečine vzamejo tableto ali si pomagajo same:

Ko mamo močno menstruacijo, se z mrzlo vodo tuširamo po trebuhu spodaj, pol mi pa manj teče. (R30)

Učinke zdravilnih rastlin poznajo samo starejše, mlajše se glede njihove uporabe obračajo na mame, saj same o njih vedo zelo malo. Zelo nazorni sta dve izjavi:

Marijonček. Posušim, pa dam v lonček, polijem z vročo vodo in brez cukrčka. (R43)

Ne, nič ne poznam. Mami kuha čaje. (R35)

Zaupanje v božjo pomoč je med intervjuvanimi Rominjami še vedno močno. V navadi je, da hodijo na različne romarske poti in prosijo za zdravje. Ena izmed Rominj je to potrdila tako:

Bom šla na Brezje, pa bo Marija stran dala. Sem bla že trikrat na Brezju. Gremo na Brezje, pa gre Kristjan pa moj in bomo v kombiju spali. Upam, da bo Bog pomagu. (R19)

Stališča o zdravstveni oskrbi v Dispanzerju za ženske

V raziskavi sodelujoče Rominje obiščejo ginekologa ob pojavu bolečine in slabega počutja ali takrat, ko jim zmanjka zdravil. Svojo potrebo po obisku ginekološkega dispanzerja so opredelile tako:

Ko je kaj narobe. (R3)

Enkrat sem šla. Stracije nisem mela, zato sem šla. Pet let nimam stracije. (R18)

Če sem noseča. (R25)

Mlade Rominje so v pogovoru navajale, da v času nosečnosti redno hodijo na preglede in se posvetujejo

z ginekologom. Skrb za reproduktivno zdravje pa sčasoma izzveni in je skrčena na zdravljenje morebitnih težav ali potrebo po zaščiti. Navajajo:

Sej ene zakrvavijo, pa grejo takoj h ginekologu. (R31)

Ko se slabo počutim. (R10)

Takrat, ko sem bila noseča, potem po zaščito. Ne rabmo več otrok, res. Včas tega niso vedle, pa so jih imele enajst. (R42)

Rominje so še navedle, da bi šle na pregled, če bi jih povabili, a so ta povabila redka:

Kakšne tri leta nazaj sem dobila povabilo. Seveda je pomembno povabilo, dobim in grem. (R17)

Rominje navodila, ki jih dobijo v ginekološkem dispanzerju, razumejo. Po potrebi so deležne še dodatne razlage. Velikokrat jih moti jezik, želijo poenostavljene razlage:

Ja, v slovenskem, sej nismo tako neumne punce, da ne bi zastopale. (R29)

Lepo razložijo. Tud sliko pokažejo. (R25)

Dobro bi bilo, če bi ginekologu na bolj razumljiv način podajali informacije. (R5)

Romske ženske, s katerimi smo se pogovarjali, so izrazile mnenje o svojem počutju ob obisku zdravnika splošne medicine in ginekologa. Povedale so:

Ma, ne, neroden, ni isto, ko greš k tapravmu zdravniku. Mora se človek navadeti. (R28)

Ja, občutim nelagodje, potem gremo na sladoled na tolažbo. (R5)

Dejavniki, ki pomembno vplivajo na dostopnost zdravstvenih služb

Romske ženske so dobro seznanjene z upravljanjem zdravstvenega zavarovanja in prednostmi oziroma pravicami, ki izhajajo iz njega:

Ja, imamo redno socialno pomoč, imamo zavarovanje. Če izgubimo socialno pomoč, potem ne več. (R22)

Ovire pri dostopu do zdravstvenega varstva jim predstavlja revščina, ki jo lahko povzamemo z izjavo ene izmed intervjuvank:

Včasih zmanjka kakšen dinarček. Vode moram plačati, elektriko moram plačati. (R11)

S finančnimi stroški je povezano tudi naročanje na pregled, saj se običajno za obisk v zdravstvenih domovih dogovorijo po telefonu, ki pa si ga mnoge Rominje ne morejo privoščiti:

Ja, na tlefon ... je sestra rekla, zakaj pa niste pukical ... Kje bom dobila kartica za pet evrov? To cela kila kruha otrokom pride. Sem jezna bla. Je mož reku, naj se mal pomirim. Tud včas sedim tri ure. (R11)

Sogovornice so pojasnile, da veliko oviro, zlasti za starejše, predstavlja oddaljenost od zdravstvenega doma. Romi v svoj avtomobil težko sprejmejo koga drugega kot družinske člane. Za plačilo pa storijo tudi to. Svoje težave zaradi oddaljenosti ginekološkega dispanzerja so intervjuvanke pojasnile tako:

Ma nobenga, kdo me bo pa peljal? Sama grem z avtobusom, s šolskim. Pa tudi k zdravniku. (R26)

Prosimo koga in nas pelje, če ni sile, tudi peš. (R7)

Nekaj Rominj je navedlo, da imajo mlajše družine večinoma urejene kopalnice, starejše ženske pa izpostavljajo pomanjkanje tekoče vode in s tem povezano pomanjkljivo higieno. Poudarjajo, da se kljub temu uredijo:

U Nov mest že nisem bla ... Samo ne grem taka ko zdej, bolj uštimana. (R23)

Podale so tudi nekaj predlogov za lažje doseganje higienskega minimuma, tudi z lastno finančno udeležbo:

Saj školjke, da bi imele punčke. Jaz sem dala za kanalizacijo 500 evrov, svoj dolar, za kanalizacijo; če bi vedla, ne bi dala. Ja, jaz bi raj vidla, da bi blu drugač. (R9)

Ta mala pravi, da bi se umila. Pa kako se naj? Rečem, v lavorju se daj. Na, pa bi jaz pomagala, pa bi občina, pa mi ni. Jaz bi na obroke dala za vodo in elektriko, pa bi mele punce. Kokr bo, bo. (R9)

Med pogovorom z našimi sogovornicami smo ugotovili, da je ena izmed ovir pri dostopnosti porodnišnice tudi skrb za varstvo mlajših otrok v času materine odsotnosti:

Je blu treba skrbet za tiste, k so ostal doma. To je to. (R26)

Odnosi v zdravstvenih obravnavah

Mnenja o ustreznosti komunikacije z romskimi ženskami so deljena. Mnoge romske sogovornice imajo slabe izkušnje s komunikacijo v ginekološkem dispanzerju oziroma pri obisku zdravstvene ustanove nasploh. Priznavajo, da se v svojih navadah razlikujejo od večinskega prebivalstva, a so kljub temu ljudje. Velikokrat se počutijo diskriminirane in nerazumljene. Svoje izkušnje so pojasnile tako:

Se razumemo in ne. Kamor pride cigan, je slabu, po pravic povedano. (R9)

Naj povejo prijazno, pa ne povedat slabo. Prijazni morjo bit, prijazni. Smo tud mi ljudje. (R8)

Dobro. Ampak eni so tud nesramni, veš. Žihar je kej nujnega, pa te ne pregleda takoj. Morš čakati v vrsti. (R42)

To je katastrofa. Samo mi smo cigani in človek se ne more nobenmu pritožiti. (R22)

Mora bit prjazna. Pa taku delat k z drugim. S civili. (R39)

Veliko Rominj, sodelujočih v raziskavi, ima pozitivne in lepe izkušnje, tudi v porodnišnici. Trdijo, da je komunikacija z zdravstvenimi delavci strpna, da so slednji razumevajoči in navodila dodatno razložijo ali pojasnijo:

Ja, če me kaj boli, dajo zdravila. Pomagajo. Lepo se obnašajo, kot za vsakega. (R7)

Sestre? So prijazni, nikol grde besede, nikol. (R15)

Se razumemo. Zdravnica je dobra zame. Ne morem se pritoževati od nje. (R11)

Preventiva

V pogovoru Rominje niso veliko povedale o preventivnih programih, niti niso vedele, katerih so se udeležile. Nasploh se jih le redko udeležujejo. Nasvetov, ki spadajo v sklop preventive, pogosto ne upoštevajo. Ugotovitve povzemamo s tremi izjavami:

Tudi kdaj preventivno. (R5)

Vabilo sem dobila več kot petnajstkrat, pa nism šla. (R39)

Ta nasvet, ki mi ga je dala, nisem upoštevala. Kar sama sem se odločila. (R13)

Večina Rominj potrebuje dodatno vzpodbudo, saj so z vsebinami in koristnostjo preventivnih programov premalo seznanjene. Motivacija, ki poteka na zanje kulturno sprejemljiv način, je premajhna. Upoštevati bi morali jezikovne ovire in stopnjo izobrazbe, pristopi zdravstvenih delavcev na terenu pa bi morali temeljiti na boljši komunikaciji in poglobljenem sodelovanju. Ena izmed Rominj je glede sodelovanja povedala:

No, ginekologinja pravi, da bi morala iti, in grem. (R8)

Izobraževalni programi za romske ženske na področju reproduktivnega zdravja

Z organiziranim izobraževanjem o reproduktivnem zdravju v ginekološkem dispanzerju ali v naselju se nekatere Rominje niso srečale prvič. Predavanja, ki so se jih udeležile, ocenjujejo pozitivno. Želijo si dodatnih izobraževanj, vendar nikakor ne o raku:

Enkrat sem bila, ja, sem bla. Bi blo treba še kdaj to met. Take, o zdravju žensk. (R37)

Zanimivo je bilo, samo takšne bolj grde stvari je govorila: rak, ginekološki, rak doj. Raje bi lepše stvari. (R1)

Navedle so tudi teme, ki jih zanimajo:

Ja, o boleznih bi blo fanj govort, pa o grdi ne. Se bojimo. Zanimivo mora tud bit. (R26)

Zaščita, porod, skrb za otroka ... Mhm, velik je tega. (R25)

Nosečnost, porod, dojenje. (R29)

To je veliko stvari, ko ne vemo, kaj škoduje: verjetno so še kakšne stvari, ki škodujejo, pa ne vemo. (R5)

Organizacija izobraževalnih programov v zdravstvenem domu je težko izvedljiva. Po besedah ene izmed udeleženk se problem slabe odzivnosti nanaša tudi na organizacijo časa:

Niso vsi dosledni, ni občutka, eni kar pozabijo. (R5)

Izražena je bila potreba po izobraževanju v naselju, vendar brez prisotnosti moških:

Ja, moški ne smejo bit. Jaz se taku sramujem od moških. Moški stran. Samo za ženske. (R17)

Na vprašanje, ali se bo katera udeležila delavnic, je ena izmed Rominj odgovorila:

Bi, seveda bi šla. Z veseljem. (R38)

Sodelujoče Rominje so izrazile zadovoljstvo s pogovori in možnostjo, da lahko izrazijo svoje mnenje o odnosu do reproduktivnega zdravja. Razpravljale

so tudi o organizaciji delavnic, zanimivosti vsebin, različnih pristopih predavanj, možnosti razprav in predstavitev. Svoje odobravanje in sodelovanje v raziskavi je ena izmed sodelujočih Rominj izrazila z besedami:

Taku bi lahko večkrat pršli, punčke uprašal, kaku pa kaj. (R10)

Diskusija

Rominje v raziskovani skupnosti dojemajo zdravje kot vrednoto, a jim učinkovito skrb zanj otežujejo nezdrav življenjski slog, slabša telesna dejavnost in nezdrava prehrana. Podobno so ugotovili tudi drugi raziskovalci (Krumova & Ilova, 2008; Zelko, 2015). Navedenih ugotovitev sicer ne moremo pripisovati samo romski kulturi, razen morda pretirane odvisnosti od kajenja, ki je bila po navedbah drugih raziskav že v preteklosti del romskega družbenega življenja (Petek, et al., 2006). Izsledki naše raziskave kažejo, da zagotavljanje zdravstvenega varstva dodatno preprečujejo revščina, slabe higienske razmere in pomanjkanje informacij. To potrjujejo raziskave nekaterih držav Srednje in Vzhodne Evrope, v katerih na reproduktivno zdravje romskih žensk izrazito vplivajo slab socialno-ekonomski položaj, ohranjanje tradicionalnih vzorcev lokalnih romskih prebivalcev in nizka stopnja izobraženosti (Nikolić & Djikanović, 2014; Sedlecky & Rašević, 2014).

Za Rominje, ki so sodelovale v raziskavi, je družina pomemben člen pri zaupanju in iskanju rešitev na poti v odraslost, ob rojstvu otroka ali v boleznih. V preteklosti so rojevale mlajše, večinoma doma, ob pomoči izkušenih romskih babic. Zaščite pred neželjeno nosečnostjo nekdanje niso poznale. Intervjuvanke o splavih niso spregovorile, saj je splav po navedbah druge literature z vidika morale in predstave o zdravju sramota (Rodriguez Derecho, et al., 2013). Rominje so v naši raziskavi izpostavile nekatere spremembe, npr. poznejše poroke, spreminjanje vloge žensk. Pri tem je treba poudariti, da imajo ženske znotraj družine še vedno določen položaj, ki jim pripada na podlagi spola, velike gospodinjske moči in starosti. Mlajše generacije (18–30 let) informacije pogosteje poiščejo v ginekoloških dispanzerjih, posebej glede zaščite pred neželjeno nosečnostjo, za katero se odločajo skupaj z možem. Danes večina rojeva v porodnišnici. To je lahko posledica nedavnih pobud, npr. predavanj in delavnic v romskih naseljih, povezanih s povečanjem zdravstvene pismenosti in opolnomočenjem zdravstvenih storitev med Rominjami (Rodriguez Derecho, et al., 2013) ter pripravljenostjo mlajših romskih žensk za udeležbo na izobraževanjih in podobnih dogodkih.

Rezultati naše raziskave kažejo tudi, da Rominje ginekoloških dispanzerjev pogosto še vedno ne obiskujejo predvsem zaradi strahu, pomanjkanja informacij, preteklih izkušenj, sramu, nezaupanja

in nelagodja, saj se ob obisku ginekologa počutijo drugače kot pri splošnem zdravniku. Te vzorce lahko zasledimo tudi pri navedbah drugih raziskovalcev, ki so osebna občutenja o skrbi za reproduktivno zdravje Rominj v slovenskem prostoru raziskovali že pred nekaj desetletji (Zadravec, 1989). Problem je čedalje bolj prepoznaven in o njem raziskovalci pišejo tudi v novejših raziskavah (Janevic, et al., 2011; LeMasters, 2019).

Rominje, vključene v našo raziskavo, imajo težave tudi zaradi varstva manjših otrok in novega načina urejanja pregleda po telefonu. Klic z mobilnega telefona je za intervjuvane Rominje drag, na pregled prihajajo nenaročene, zato morajo čakati tudi več ur, kar je zanje nesprejemljivo in diskriminatorno. Zagotovo bi morali v zdravstvenih ustanovah na primarni ravni uvesti možnost obravnave »walk-in« oziroma »prehodnega« zdravljenja, ki so ga v nekaterih državah vpeljali zaradi pacientov, pri katerih odpove dosedanja praksa naročanja na preglede (Bobele, et al., 2008). Rominje v intervjujih navajajo, da pridejo v ginekološki dispanzer tudi nenaročene, same ali v skupini, ter zahtevajo takojšen zdravstveni pregled in obravnavo. Pogosto gredo na urgenco, zaradi česar celostni pristop k zdravljenju pacientov in nosečnic ni mogoč.

Pri reproduktivnem zdravju romskih žensk zagotovo ne moremo obravnavati samo njihovega odnosa do zdravstvenega varstva. Pomembna je tudi dostopnost zdravstvenih storitev. V Sloveniji je Rominjam z zakonom omogočen dostop do zdravstvene službe (Zakon o romski skupnosti v RS, 2007). Tako imajo boljše pogoje kot npr. v Bolgariji, kjer morajo v primeru želje po zdravstveni oskrbi v zdravstvene ustanove prinesiti svoje materiale, čeprav dve tretjini nima finančnih sredstev za nujno potrebna zdravila (Colombini, et al., 2012). Raziskovalci navajajo, da je podobno tudi v Makedoniji, kjer si nosečnice ne morejo privoščiti redne predporodne oskrbe. Rezultati naše raziskave kažejo, da brezplačen dostop do zdravstvenih storitev v Sloveniji ne vpliva niti na rednejši obisk ginekologa po rojstvu otrok niti ne izboljša sodelovanja Rominj v preventivnih programih. Skupina Rominj, ki je sodelovala v raziskavi, potrjuje, da je zdravstveni dom sicer vzpostavil korekten odnos z lokalnim prebivalstvom, a kljub temu še vedno zaznavajo pomanjkljivo razumevanje romske kulture in občasno tudi neprimerne pristope s strani zdravstvenih služb.

Naših izsledkov, povezanih s komunikacijo z zdravstvenimi delavci, ne moremo posploševati. Dokazano je, da zaposlenim na področju zdravstvene nege sedanji sistem izobraževanja ne daje dovolj opore za ravnanje z Romi (Zupančič & Filej, 2013). V primerjavi z razmerami v državah Vzhodne in Srednje Evrope lahko prepoznamo splošen trend nestrpnosti. Diskriminacija na podlagi rase je torej običajna izkušnja romskih žensk tudi drugod; v času nosečnosti

in poroda pa še bolj občutijo pomanjkanje razumevanja s strani zdravstvenih delavcev (Colombini, et al., 2012; Watson & Downe, 2017). Kakovost reproduktivnega zdravja žensk pogojuje tudi uspešna komunikacija z zdravstvenimi delavci. Tako Loredanova in Prosen (2013) v raziskavi Kulturne kompetence medicinskih sester in babic ugotavljata, da je treba v kliničnih okoljih uvesti tematsko izobraževanje medicinskih sester in babic o raznolikosti kultur in posledično vplivati na zmanjševanje lastnih predsodkov. Po besedah Rominj, ki so sodelovale v naši raziskavi, je osnova dobrega odnosa in zaupanja v zdravstveno ustanovo komunikacija: prijazen pogovor, spoštljivost, vzpostavljeno zaupanje in medsebojno spoštovanje. Spretnosti asertivnega vedenja in medkulturnega dialoga bi morali biti večji vsi, ki delajo z ranljivimi skupinami, saj medkulturne kompetence pogojujejo učinkovite in kulturno odzivne zdravstvene storitve (Komidar, 2019). V tujini se ponekod poslužujejo zdravstvenih mediatorjev, ki omogočajo lažji dostop do zdravstvene oskrbe, romske ženske spremljajo na preglede ter vplivajo na izboljšanje razumevanja med pacienti in izvajalci (Watson & Downe, 2017).

Prizadevanja slovenske družbe za zagotavljanje kakovostne oskrbe na področju reproduktivnega zdravja niso novost. Zavedati se moramo tudi časa, v katerem smo, in njegovih posledic: možnost zmanjševanja izboljšanih bivanjskih in socialnih razmer, izobraževanja, ukinjanja že pridobljenih pravic zdravstvenega zavarovanja. Na navedeno so opozorili že v Strategiji reševanja romskega vprašanja v občini Trebnje (2020). Intervjuvane Rominje so poudarile pomen izobraževanja in informiranja o njihovih pravicah, spremenjenem življenjskem slogu, zdravem načinu življenja za vso družino, lastnem reproduktivnem zdravju. Našteto je pomembno pri skrbi za reproduktivno zdravje te skupine, saj romske ženske znanje prenašajo na vso skupnost, o čemer je že pred desetletjem pisala raziskovalka Baranja (2010).

Splošna omejitev naše raziskave je povezana z epistemološkimi značilnostmi kvalitativnega raziskovanja in kriteriji veljavnosti v kvalitativnem raziskovanju (Vogrinc, 2008). Čeprav so opisi proučevanega pojava podrobni, so potrebne obsežne reprezentativne kvantitativne raziskave, ki zajamejo večje količine podatkov, s katerimi bi pridobili več vpogleda v stališča in potrebe glede reproduktivnega zdravja romskih žensk v Sloveniji. Nadaljnja omejitev raziskave je povezana z namenskim vzorcem, uporabljenim v raziskavi. Analize smo osredotočili samo na eno romsko naselje z dodatno omejenim številom udeleženk, ki so bile izbrane glede na subjektivno presojo in njihovo pripravljenostjo za sodelovanje. Subjektivni vidik namenskega vzorčenja je pomanjkljivost kvalitativnih raziskav, zato bi raziskava z izbiro ključnih udeležencev in kvantitativnega pristopa ustrezno dopolnila našo kvalitativno raziskavo (Vogrinc, 2008). Opozoriti

moramo še na možnost učinka zaželenih odgovorov: intervjuvanci pogosto odgovarjajo z oceno pričakovanj zdravstvenega osebja kot z realnim stanjem. Čeprav vzorec ne more biti reprezentativen za vsa področja oziroma regije v Sloveniji z romskim prebivalstvom, prinaša naša kvalitativna raziskava dragocena stališča obravnavane romske populacije. V raziskavi so sodelovale Rominje, uporabnice zdravstvenih storitev, vključiti pa bi morali tudi zdravstvene delavce in odločevalce. Le tako bi dobili dodaten vpogled v obravnavano problematiko. Naštete omejitve lahko razumemo kot izhodišče za nadaljnje raziskave zdravstvenih potreb romskih žensk.

Zaključek

Ugotovljeno je, da mora celostna obravnava Rominj na področju varstva reproduktivnega zdravja temeljiti na prizadevanjih za kakovostno obravnavo v zdravstvenih domovih, in sicer ob ustreznem upoštevanju njihovih kulturnih posebnosti ter dodatnem izobraževanju tako romskih žensk kot zdravstvenih delavcev. Zdravstveno varstvo ne vključuje samo prizadevanj zdravstvenih služb, temveč tudi spodbujanje lastne odgovornosti Rominj za njihovo reproduktivno zdravje. Naša raziskava kaže, da je mogoče skrb za reproduktivno zdravje Rominj izboljšati z načrtovanimi znanstvenimi raziskavami in prenosom teh ugotovitev v prakso.

Nadaljnje delo bi moralo vključevati spremljanje napredka na področju reproduktivnega zdravja Rominj, in raziskave, ki bi vključevale vse slovenske regije z romskim prebivalstvom. Tako bi lahko primerjali posamezne regije glede odnosa romskih žensk do reproduktivnega zdravja in njihovih stikov z ginekološkimi zdravstvenimi službami. S tem bi dobili konceptualni okvir za raziskave o obravnavani problematiki tudi v drugih državah z romskim prebivalstvom.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorica izjavlja, da ni nasprotja interesov. / The author states that there is no conflict of interests.

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

Pridobljeno je bilo etično dovoljenje za izvedbo raziskave pri Komisiji Republike Slovenije za medicinsko etiko (Št. 23/04/14). / The study was approved by the Slovenian National Medical Ethics Committee (No. 23/04/14).

Prispevek avtorjev / Author contributions

Avtorica je sama zasnovala in izvedla raziskavo ter napisala članek. / The author confirms sole responsibility for the following: study conception and design, data collection, analysis and interpretation of results, and manuscript preparation.

Literatura

Adam, F., Hlebec, V., Kavčič, M., Lamut, U., Mrzel, M., Podmenek, et al., 2012. *Kvalitativno raziskovanje v interdisciplinarni perspektivi*. Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize, pp. 43–63.

Baranja, S., 2010. *Dvig socialnega in kulturnega kapitala v okoljih, kjer živijo predstavniki romskih skupnosti: projektna knjiga*. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, pp. 5–141.

Bobele, M., Lopez S.S. & Solorzano, B., 2008. Single-session: walk-in therapy with Mexican-American clients. *Journal System Therapy*, 27(4), pp. 75–89.
<https://doi.org/10.1521/jsyt.2008.27.4.75>

Colombini, M., Rachel, B. & Mayhew, S.H., 2012. Access of Roma to sexual and reproductive health services: qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia. *Global Public Health*, 7(5), pp. 522–535.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2011.641990>
PMid:22175646

Čopi, S., Gruškovnjak, S. & Koroša, L., 2016. Ženske Rominje od deklitstva do starševstva. In: A. Prelec & R. Nahtigal, eds. *Zdravje žensk in babištvo: zbornik predavanj z recenzijo. Strokovno srečanje, 22. april 2016*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in babic, pp. 34–41.

Čvorović, J., 2019. Self-rated health and teenage pregnancies in Roma women: increasing height is associated with better health outcomes. *Journal of Biosocial Science*, 51(3), pp. 444–456.
<https://doi.org/10.1017/S0021932018000196>
PMid:29886851

Druga nacionalna konferenca o zdravju romske populacije, 2009. Zdravje romskih žensk. Available at: http://mz.gov.si/zdravje_romskih_zensk_porocilo_o_konferenci.doc [22. 5. 2020].

Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis proces. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), pp. 107–115.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
PMid:18352969

Friese, S., 2012. *Qualitative data Analysis with ATLAS.ti*. London: Sage

- Janevic, T., Sripad, P., Bradley, E. & Dimitrievska, V., 2011. There's no kind of respect here: a qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans. *International Journal for Equity in Health*, 10(53), pp. 1–12.
<https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-53>
PMid:22094115; PMCID:PMC3226439
- Johnson, J.M. & Rowlands, T., 2012. The interpersonal dynamics of in-depth interviewing. In: J.F. Gubrium, J.A. Holstein, A.B. Marvasti & K.D. McKinney, eds. *The Sage Handbook of Interview Research: the complexity of the craft*. Los Angeles, etc.: Sage, pp. 203–208.
- Kymlicka, W., 2017. In: L. Sosa, ed. *Empirical case in Europe: Romani women and domestic violence*. Cambridge University Press, pp. 173–204.
<https://doi.org/10.1017/9781316771525.007>
- Klemenc Ketiš, Z., Švab, I., Kersnik, J., Selič, P., Rifel, J., Poplas-Sušič, T., et al., 2014. *Raziskovanje v družinski medicini: priročnik*. Ljubljana: Katedra za družinsko medicine Univerze v Ljubljani, pp. 38–52.
- Komidar, K., 2019. Upoštevanje medkulturnosti pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. *Revija za zdravstvene vede*, 6(2), pp. 3–21.
- Krumova, M. & Ileva, M., 2008. *The health status of Romani women in Bulgaria*. Veliko Turovo: Center for interethnic dialogue and tolerance AMALIFE.
- LeMasters, K., Baber Wallis, A., Chereches, R., Gichane, M., Tehei, C., Varga, A., et al., 2019. Pregnancy experiences of woman in rural Romania: understanding ethnic and socioeconomic disparities. *Culture, Health, Sexuality*, 21(3), pp. 249–262.
<https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1464208>
PMid:29764305; PMCID:PMC6237651
- Logar, M., 2016. *Vpliv zdravstveno-vzgojne intervencije na osveščenost Rominj o reproduktivnem zdravju: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, p. 2.
- Loredan, I. & Prosen, M., 2013. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 83–89. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2916> [22. 5. 2020].
- Nikolić, Z. & Djikanović B. Inequalities in the use of contraception between Roma and non-Roma women in Serbia: a cross-sectional analysis. *European Journal of Public Health*, 24(2), p. 57.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cku161.015>
- Petek, D., Rotar Pavlič, D., Švab I. & Lolić, D., 2006. Attitudes of Roma toward smoking: qualitative study in Slovenia. *Croatian Medical Journal*, 47, pp. 344–347.
- Rodríguez Derecho, N., Ancona Valdez, C., Pernas Riaño, B. & Franco Alonso, Ó., 2013. Pregled romske kulture. In: M. Gašperšič & M. Pavšelj, eds. *Zdravje, preprečevanje zasvojenosti in romska mladina v Evropi: priročnik in delovanje v praksi*. Novo mesto: RIC, pp. 17–27.
- Rošer, J., 2010. Romska družina. In: B. Davidović & D. Jagodic, eds. *Romi in zdravje: zbornik prispevkov nacionalnih konferenc*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 107–108.
- Saldaña, J., 2009. *The Coding Manuals for Qualitative Researchers*. Los Angeles, etc.: Sage.
- Sedlecky, K. & Rašević, M., 2014. Challenges in sexual and reproductive health of Roma people who live in settlements in Serbia. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 20(2), pp. 1–9.
<https://doi.org/10.3109/13625187.2014.957825>
PMid:25317892
- Schreier, M., 2012. *Qualitative Data Analysis in Practice*. Los Angeles: Sage.
- Strategija reševanja romskega vprašanja v občini Trebnje za obdobje 2014–2020*, 2020. Available at: http://www.trebnje.si/media/uploads/2014/Strategija_resevanja_romskega_vprasanja%20v%20Obcini%20Trebnje%20za%20obdobje%202014-2020.pdf [22. 5. 2020].
- Vogrinc, J. 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Watson, H.L. & Downe, S., 2017. Discrimination against childbearing Romani women in maternity care in Europe: a mixed-methods systematic review. *Reproductive Health*, 14(1), pp. 1–16.
<https://doi.org/10.1186/s12978-016-0263-4>
PMid:28057003; PMCID:PMC5217576
- Zadravec, J., 1989. *Zdravstvena kultura Romov v Prekmurju*. Murska Sobota: Pomurska založba.
- Zakon o romski skupnosti v Republiki Sloveniji (ZromS-1)*. Uradni list Republike Slovenije, št. 33/2007. Available at: <http://www.uradnilist.si/objava.jsp?urlid=200733&stevilka=17628> [22. 5. 2020].
- Zelko, E., 2015. *Razvoj metodologije javnozdravstvenega pristopa v romski skupnosti: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
- Zupančič, V. & Filej, B., 2013. Koncept skupnostne skrbi iz perspektive znanja študentov. In: D. Železnik, B.M. Kaučič, U. Železnik, B. Koban & N. Vidnar, eds. *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb: zbornik predavanj z recenzijo. 3. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 66–75.

Zupančič Tisovec, B., 2010. *Izboljšanje dostopnosti zdravstvenih storitev za Rome na območju Dolenjske: specialistična naloga*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Ženske Rominje. *Posvet, Brdo pri Kranju, 13. 11. 2015*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje in Zveza Romov Slovenije. Available at: <http://www.ric-nm.si/si/novice/oso-na-posvetu-zenske-rominje-od-deklistva-do-starsevstva/3343/> [31. 5. 2020].

Citirajte kot / Cite as:

Logar Čuček, M., 2020. Odnos Rominj do reproduktivnega zdravja in do stika z ginekološkimi zdravstvenimi službami: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(4), 304–314. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3043>

Pregledni znanstveni članek / Review article

Uporaba in učinkovitost glasbene terapije v enoti intenzivne terapije: sistematični pregled literature

The use and effectiveness of music therapy in an intensive care unit: a systematic literature review

Tanja Zadravec¹, Dušan Mekiš¹, Sergej Kmetec², Dominika Vrbnjak^{2,*}

Ključne besede: kritično bolni; pacienti; nefarmakološke intervencije; naravni zvoki; skladbe

Key words: critically ill; patients; non-pharmacological interventions; natural sounds; compositions

¹ Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija

² Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

* Korespondenčni avtor / Corresponding author: dominika.vrbnjak@um.si

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Tanje Zadravec *Uporaba in učinkovitost glasbene terapije v enoti intenzivne terapije* (2019).

IZVLEČEK

Uvod: Uporaba glasbe v terapevtske namene je neinvazivna intervencija, ki v bolnišničnem okolju lahko ugodno vpliva na pacientovo psihofizično stanje, vendar v vsakdanji obravnavi pacientov ni uveljavljena. Zato je bil namen raziskave preučiti uporabo in učinkovitost glasbene terapije glede na doživljanje bolečine ali stresa pri pacientih, hospitaliziranih v enotah intenzivne terapije.

Metode: Izveden je bil sistematični pregled znanstvene literature v mednarodnih podatkovnih bazah: PubMed, CINAHL, Cochrane Library, ScienceDirect, Wiley Online Library z uporabo ključnih besed v angleškem jeziku »music therapy«, »intensive care unit«, »stress«, »anxiety«, »pain« ter upoštevanjem vključitvenih in izključitvenih kriterijev. Potek pregleda literature je prikazan s pomočjo diagrama PRISMA. Kakovost raziskav, vključenih v končno analizo, je bila ocenjena s pomočjo orodja *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*. Rezultati so sintetizirani z uporabo metode analize vsebine.

Rezultati: Izmed 749 identificiranih zadetkov je bilo v končno analizo vključenih 13 raziskav. Raziskave kažejo učinkovitost glasbene terapije pri lajšanju bolečin, poglobitvi sedacije, uravnavanju fizioloških parametrov ter zmanjšanju strahu in anksioznosti pri hospitaliziranih pacientih v enotah intenzivne terapije.

Diskusija in zaključek: Glasbena terapija je v medsebojnem dopolnjevanju s farmakološkimi ukrepi primerna intervencija za obvladovanje bolečine in stresa. Primanjkuje dokazov o optimalnem trajanju, vrsti glasbe in načinu izvajanja glasbene terapije za doseganje najboljših rezultatov.

ABSTRACT

Introduction: The use of music for therapeutic purposes is a non-invasive intervention that may have a beneficial effect on the patient's psychophysical condition but has not yet been established in the daily treatment of patients. Therefore, the aim of the study was to explore the use and effectiveness of music therapy on reducing the pain and stress in patients hospitalised in intensive care units.

Methods: A systematic review of scientific literature was conducted in the following international databases: PubMed, CINAHL, Cochrane Library, ScienceDirect, Wiley Online Library, using the key words "music therapy", "intensive care unit", "stress", "anxiety", "pain" and considering inclusion and exclusion criteria. The literature review process is presented by the PRISMA diagram. The quality of studies included in the final analysis was evaluated using the Scottish Intercollegiate Guidelines Network tool. The results were synthesised using the content analysis method.

Results: From 749 identified records, 13 studies were included. Research results have shown the effectiveness of music therapy for pain relief, leading to deeper levels of sedation, regulating the physiological parameters, and reducing fear and anxiety in hospitalised patients in intensive care.

Discussion and conclusion: Music therapy that complements pharmacological measures is an appropriate intervention in pain and stress management. There is not enough evidence on the optimal duration of the therapy, the type of music and the method of performing music therapy for achieving the best results.



Prejeto / Received: 16. 3. 2020
Sprejeto / Accepted: 10. 8. 2020

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3027>

Uvod

Enota intenzivne terapije (EIT) je posebej organizirana enota v bolnišnici in omogoča neprestano, štiriindvajseturno monitorirano oskrbo kritično bolnih in poškodovanih pacientov. Pri obravnavi pacientov sodeluje multidisciplinarni tim, ki je posebej usposobljen za delo na področju intenzivne medicine in zdravstvene nege (Mavsar-Najdenov, 2011). Za paciente je hospitalizacija v EIT izjemno stresno obdobje in neugodno vpliva na njihovo psihofizično stanje. Najbolj pogosto navedene negativne izkušnje pacientov, hospitaliziranih v EIT, so doživljanje bolečine, strah, otežena komunikacija, nespečnost, hrup, žeja, strah pred smrtjo (Topču, et al., 2017). Bolečina v perioperativnem obdobju je velika skrb tako pacientov kot medicinskih sester, ki te paciente obravnavajo (Poulsen & Coto, 2018).

V zdravstvu obstajajo različne terapije in zdravila, ki zmanjšajo doživljanje bolečine in stresa, vendar imajo tudi neželene učinke (Poulsen & Coto, 2018). Od zdravil se uporabljajo predvsem sedativi, nevromuskulatorni blokatorji, protimikrobna zdravila, inotropna zdravila, vazoaktivne učinkovine (Mavsar-Najdenov, 2011). Glasbena terapija kot dopolnilno medicinsko zdravljenje lahko zmanjša bolečino, stres in uporabo farmakoloških sredstev pri pacientih v pooperativnem obdobju, vendar v zdravstveni negi ni izdelanega protokola, ki bi medicinskim sestram omogočal njihovo vključitev v proces okrevanja pacientov (Poulsen & Coto, 2018).

Medicinske sestre se v skrbi za pacienta srečujejo z različnimi izzivi, pogosto so prisiljene dati prednost fizični oskrbi, medtem ko se zapostavljajo pacientove čustvene, duhovne in psihološke potrebe. Pri izpolnjevanju teh potreb bi lahko pomagala glasbena terapija v kliničnem okolju, saj ustvarja za pacienta sproščeno okolje, ki vpliva na njegovo boljše počutje ter posledično omogoča manjše doživljanje bolečine in lažje prestajanje hospitalizacije (Nilsson, 2008). Kljub velikemu številu raziskav se glasbena terapija še ni uveljavila kot terapevtska intervencija v vsakdanji obravnavi pacientov, saj informacije o njeni učinkovitosti še niso bile sintetizirane in razširjene (Hole, et al., 2015). Zato smo se odločili, da na podlagi do zdaj izvedenih raziskav z analizo in sintezo aktualnih dokazov o glasbeni terapiji v zdravstvu preučimo uporabo in učinkovitost glasbene terapije v EIT.

Namen in cilji

Namen in z njim povezani cilji so bili ugotoviti vpliv glasbene terapije na psihofizično počutje pacienta v EIT, analizirati prednosti in slabosti uporabe glasbene terapije v EIT in ugotoviti, kakšna glasba se uporablja v terapevtske namene v EIT.

Metode

Izvedli smo sistematični pregled znanstvene literature.

Metode pregleda

Iskanje literature smo izvedli v mednarodnih podatkovnih bazah: PubMed, CINAHL, Cochrane Library, ScienceDirect, Wiley Online Library s pomočjo ključnih besed v angleškem jeziku: »music therapy«, »intensive care unit«, »stress«, »anxiety«, »pain« ter z uporabo njihovih sopomenk in Boolovih operatorjev (AND / OR). Iskanje literature je potekalo marca 2019. Pri pregledu smo upoštevali vključitvene in izključitvene kriterije, ki so prikazani v Tabeli 1. Ker smo želeli vključiti vso relevantno literaturo, nismo podali časovne omejitve objav.

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

Vključitveni kriteriji / Inclusion criteria	
Tema	Učinkovitost in vpliv glasbene terapije na doživljanje stresa ali bolečine pri pacientih v EIT.
Vrste raziskav	Zaključene in objavljene randomizirane klinične raziskave, sistematični pregledi randomiziranih kliničnih raziskav.
Populacija	Pacienti v EIT, starejši od 18 let.
Časovni okvir	Brez omejitev.
Jezik	Angleški jezik.
Izključitveni kriteriji / Exclusion criteria	
Dvojniki, zasedki, ki tematsko niso povezani s predmetom raziskave, zasedki, ki niso ustrezali vključitvenim kriterijem, uvodniki, kohortne raziskave, opazovalne raziskave, kvalitativne raziskave in raziskave mešanih metod, protokoli raziskav.	

Legenda / Legend: EIT – enota intenzivne terapije / intensive care unit

Potek sistematičnega pregleda literature smo prikazali v diagramu PRISMA (Moher, et al., 2009), kar je razvidno na Sliki 1.

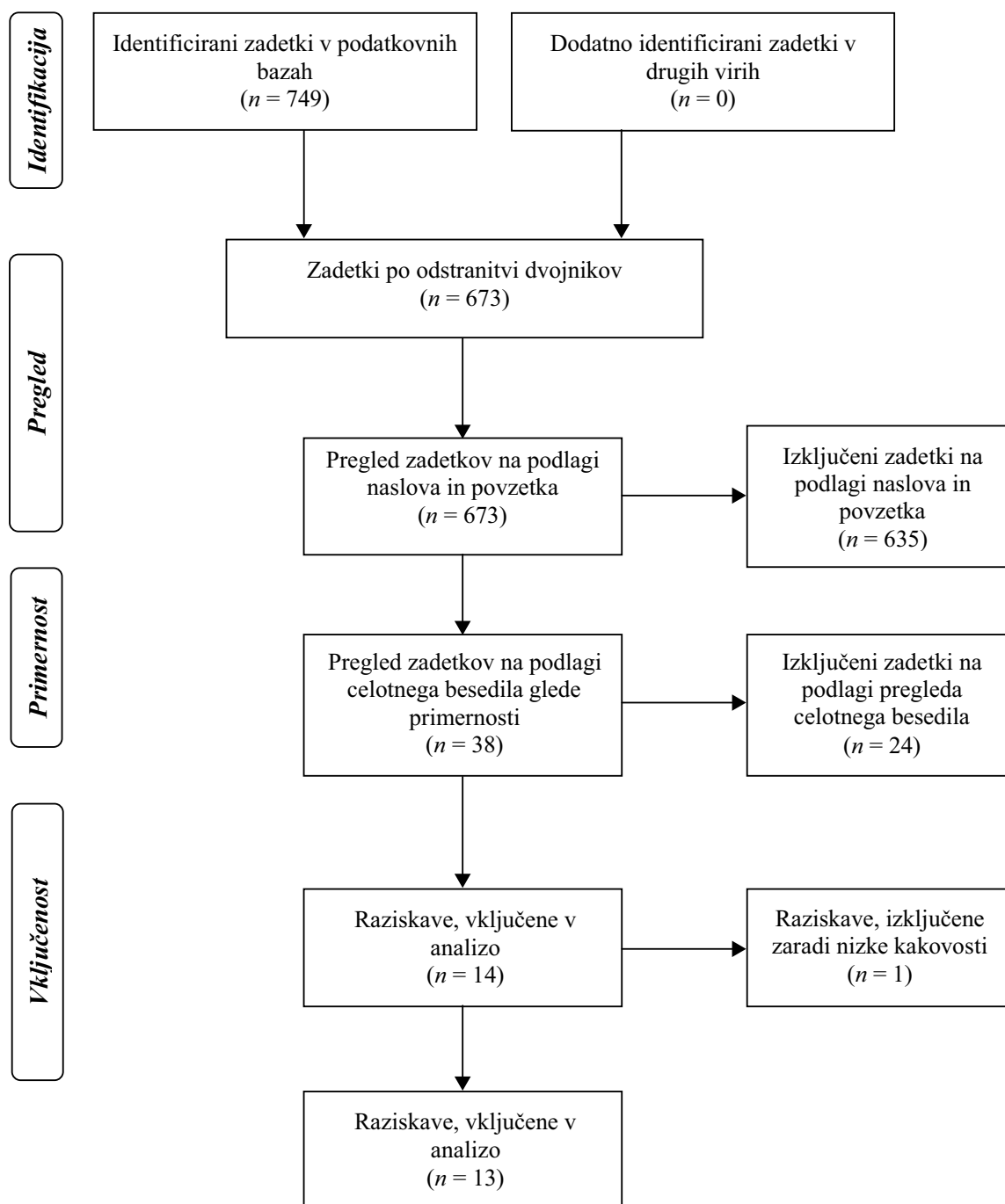
Rezultati pregleda

Iz skupnega nabora zasedkov ($n = 749$) smo izločili dvojnike ($n = 76$) ter nato po pregledu naslovov in povzetkov izključili tiste, ki niso ustrezali vključitvenim kriterijem, navedenim v Tabeli 1 ($n = 635$). Nato smo glede na vključitvene in izključitvene kriterije pregledali še polno dostopen tekst glede primernosti. Izključili smo 24 člankov, ki niso ustrezali vključitvenim kriterijem, in sicer 14 raziskav, ki niso ustrezale raziskovalnemu načrtu randomizirane klinične raziskave ali sistematičnega pregleda randomiziranih kliničnih raziskav, štiri raziskave

zaradi tematske neustreznosti, štiri raziskave, ker niso bile zaključene in objavljene, ter dve raziskavi zaradi objave v drugem jeziku. Preostale raziskave ($n = 14$) smo ocenili s pomočjo orodja *The Scottish Intercollegiate Guidelines Network* [SIGN] (2019). En zadenek smo izključili iz končnega nabora raziskav zaradi nizko ocenjene kakovosti. V končno analizo smo vključili 13 raziskav (Slika 1).

Ocena kakovosti in opis obdelave podatkov

Oceno kakovosti smo izvedli s pomočjo orodja SIGN (2019), in sicer z orodjem za oceno randomiziranih kliničnih raziskav ter orodjem za oceno sistematičnih pregledov. Na podlagi izpolnjevanja posameznih kriterijev smo podali končno oceno kakovosti posameznega članka, kot to predvideva SIGN: visoko



Slika 1: PRISMA-diagram poteka sistematičnega pregleda literature
Figure 1: PRISMA flow chart of systematic literature review

kakovostna (++) , sprejemljiva (+) , nizkokakovostna (–) in nesprejemljiva (0) (SIGN, 2019).

Najvišjo oceno kakovosti (++) smo dodelili osmim raziskavam (Heitz, et al., 1992; Chan, 2007; Cooke, et al., 2010; Saadatmand, et al., 2013; Hole, et al., 2015; Ames, et al., 2017; Lee, et al., 2017a; Lee, et al., 2017b), sprejemljivo oceno (+) petim raziskavam (Lee, et al., 2005; Nilsson, 2008; Dijkstra, et al., 2010; Han, et al., 2010; Saadatmand, et al., 2015). En zadetek (Chlan, et al., 2013) smo izključili iz končnega nabora raziskav zaradi nizko ocenjene kakovosti.

Rezultate smo sintetizirali z uporabo metode analize vsebine. V prvem koraku smo identificirali proste kode, sledilo je oblikovanje podkategorij, ki smo jih nato analizirali in primerjali med seboj z namenom razvoja kategorij (Elo & Kyngäs, 2008).

Rezultati

Značilnosti posameznih raziskav, vključenih v končno analizo, so prikazane v Tabeli 2. Randomizirane klinične raziskave so zajemale različne velikosti vzorcev, od najmanjšega ($n = 17$) do največjega ($n = 137$). Skupno število obravnavanih pacientov je veliko ($n = 7.684$), kar nam omogoča dober vpogled in analizo spoznanj s področja glasbene terapije v zdravstvu. V večini raziskav je vzorec vključeval intubirane in mehansko ventilirane paciente ($n = 7$). Tri raziskave so vključile samo neintubirane paciente. Preostale tri raziskave so vključevale tako intubirane paciente kot paciente s spontanim dihanjem.

Na podlagi analize vseh vključenih raziskav smo spoznanja vsebinsko analizirali in jih razvrstili v štiri glavne kategorije: (a) fiziološke spremembe pri pacientu ob poslušanju glasbe v EIT; (b) psihološke spremembe pri pacientu ob poslušanju glasbe v EIT; (c) pozitivne in negativne izkušnje s strani pacientov; (d) vrsta glasbe.

Fiziološke spremembe pri pacientu ob poslušanju glasbe v EIT

Pacienti v EIT doživljajo bolečino, nelagodje in strah ne glede na uporabo analgetikov in sedativov (Cooke, et al., 2010). Veliko število pacientov je intubiranih. Čeprav je zanje mehanska ventilacija življenjskega pomena, predstavlja velik fizični in psihični stres (Saadatmand, et al., 2013). Na področju fizioloških sprememb so Lee in sodelavci (2005) ugotovili, da je glasbena terapija privedla do statistično značilnih sprememb pri sistolnem krvnem tlaku, diastolnem krvnem tlaku, pulzu in frekvenci, medtem ko rezultati iz kontrolne skupine niso pokazali razlike v merjenih parametrih. Podobno tudi Han in sodelavci (2010) ugotavljajo, da so fiziološki parametri med poslušanjem glasbe v glasbeni skupini padali, kar kaže na pacientovo sproščenost. Glasbena terapija med počitkom poveča izločanje serumskega oksitocina,

medtem ko ga zgolj počitek zmanjša (Nilsson, 2008). Glasba vpliva tudi na nivo serumskega kortizola, pri katerem je opaženo upadanje glede na izhodiščno vrednost in vrednost po končani glasbeni terapiji (Lee, et al., 2017a). S pomočjo ocenjevalnih lestvic Ramsay in Sedic so v eni izmed raziskav avtorji poskušali pridobiti podatke o vplivu glasbene terapije na poglobitev sedacije pri pacientih v EIT. V intervencijski skupini je bil pri obeh lestvicah opažen trend naraščanja ocene sedacije. Višja ocena pomeni manjšo odzivnost pacienta in večjo poglobljenost sedacije (Dijkstra, et al., 2010). Pozitiven vpliv glasbe na zmanjšan občutek bolečine prepoznavajo tudi Heitz in sodelavci (1992). Ugotavljajo, da pacienti po glasbeni terapiji lahko zdržijo več časa do naslednje aplikacije analgetika. Ocena bolečinske lestvice VAS (Vizualna analogna skala) med poslušanjem glasbe upada, vendar je učinek omejen na čas trajanja intervencije (Saadatmand, et al., 2015).

Psihološke spremembe pri pacientu ob poslušanju glasbe v EIT

Ob preučevanju pogostih vedenjskih odzivov, ki kažejo na psihološko stanje pacienta (nemir, obrazne grimase, pomirjenost in spanec), ugotavljamo, da glasba pozitivno vpliva na počutje in zmanjša anksioznost hospitaliziranih pacientov (Lee, et al., 2005). Zmanjšanje anksioznosti ob poslušanju glasbe potrjujejo tudi Han in sodelavci (2010). Z vplivom glasbe na anksioznost se deloma strinjajo tudi Ames in sodelavci (2017). Rezultati so glede na lestvici STAI (ang. *State-Trait Anxiety Inventory* / sl. Lestvica za ocenjevanje anksioznosti pri odraslih) in ET (ang. *Emotion Thermometers* / sl. emocionalni termometer) pokazali nižje vrednosti anksioznosti po intervenciji, vendar spremembe niso bile statistično pomembne. Avtorji opozarjajo, da bi do tega lahko prišlo zaradi premajhnega vzorca preiskovancev. Tudi s pomočjo meritev, izvedenih z lestvicama FAS (ang. *Faces Anxiety Scale* / sl. Lestvica za obraze anksioznosti) in RASS (ang. *The Richmond Agitation Sedation Scale* / sl. Richmondova lestvica agitacije in sedacije), so pridobljeni podobni rezultati. Med dvema raziskovanima skupinama je ugotovljena statistično pomembna razlika v stopnjah anksioznosti in vznemirjenosti (Saadatmand, et al., 2013). Prav tako so v raziskavi (Lee, et al., 2017b) pridobljeni podobni rezultati s pomočjo lestvice VAS-A (ang. *Visual Analogue Scale for Anxiety* / sl. Vizualna analogna lestvica anksioznosti), ki je pokazala tudi znižanje anksioznosti ob poslušanju glasbe.

Pozitivne in negativne izkušnje s strani pacientov

Povratne informacije pacientov glede glasbene terapije lahko razdelimo na pozitivne in negativne. Te je obravnavalo le nekaj raziskav, vendar je razvidno,

Tabela 2: Značilnosti raziskav, vključenih v analizo
Table 2: Characteristics of studies included in the analysis

<i>Avtor / Author</i>	<i>Cilj / Objective</i>	<i>Vrsta raziskave / Study design</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Rezultati / Results</i>	<i>Glavne ugotovitve / Main findings</i>	<i>SIGN ocena / SIGN assessment</i>
Ames, et al., 2017	Ugotoviti vpliv glasbe na uporabo opioidov in samooceno bolečine, nelagodja in anksioznosti.	Randomizirana klinična raziskava.	$n = 41$	Razlike v uporabi opioidov med dvema skupinama niso bile statistično pomembne ($p = 0,119$ v prvih 24 urah; $p = 0,560$ v naslednjih 24 urah). Razlike med skupinama so se pojavile pri ocenjevanju NRS-lestvice ($p = 0,037$).	Raziskava ni dokazala pozitivnega vpliva glasbene terapije na uporabo opioidov, razlike v ocenjevanju bolečine so bile majhne. Nekaterim pacientom je glasba pomagala k pomiritvi in udobju. Avtorji menijo, da je v raziskavo treba vključiti večji vzorec.	++
Chan, 2007	Oceniti učinkovitost glasbe glede na fiziološke in psihološke parametre po perkutani koronarni intervenciji.	Randomizirana klinična raziskava.	$n = 66$	Statistično pomembne razlike so bile izmerjene pri vrednosti pulza med posegom po 30 in 45 minutah ($p < 0,001$), frekvenci dihanja ($p < 0,001$), saturaciji ($p = 0,002$ po 30 minutah in $p < 0,001$ po 45 minutah). V kontrolni skupini so bili opaženi statistično pomembni dvigi vrednosti sistolnega krvnega tlaka ($p = 0,011$), srčnega utripa ($p = 0,001$), hitrosti dihanja ($p < 0,001$) in saturacije ($p < 0,001$).	Pacienti v glasbeni skupini so imeli v primerjavi s pacienti v kontrolni skupini statistično značilno nižji srčni utrip, hitrost dihanja in nižje ocene bolečine.	++
Cooke, et al., 2010	Ugotoviti vpliv glasbene terapije na nelagodje pacienta v EIT med procesom obračanja pacienta v postelji.	Randomizirana klinična raziskava.	$n = 17$	Rezultati niso prikazali statistično pomembnih razlik v stopnji nelagodja in anksioznosti med dvema skupinama.	Poslušanje glasbe 15 minut pred obračanjem in med njim ni bistveno zmanjšalo nelagodja in anksioznosti. Razlog za navedeno bi lahko bile presenetljivo nizke začetne vrednosti nelagodja in anksioznosti, ki pa se niso skladale s prejšnjimi raziskavami. Do tega je lahko prišlo zaradi izboljšane zdravstvene nege in zaradi vpliva splošnih anestetikov (v raziskavi ni bil zabeležen čas med prejetimi anestetiki in prvim obračanjem).	++
Dijkstra, et al., 2010	Ugotoviti vpliv glasbe na fiziološke odgovore in oceno sedacije pri sediranih, mehansko ventiliranih pacientih.	Randomizirana klinična raziskava, pilotna raziskava.	$n = 20$	Opažene so bile razlike v diastolnem krvnem tlaku ($p = 0,014$) in pulzu ($p = 0,026$) med kontrolno skupino in skupino, ki je bila udeležena pri glasbeni terapiji. Po prvi glasbeni intervenciji so bile opažene razlike pri lestvici Ramsay ($p = 0,015$).	Poslušanje glasbe poglobi sedacijo pri sediranih, mehansko ventiliranih pacientih. Pri fizioloških parametrih ni bilo pomembnih sprememb. Potrebna je nadaljnja raziskava z vključenim večjim vzorcem.	+

<i>Avtor / Author</i>	<i>Cilj / Objective</i>	<i>Vrsta raziskave / Study design</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Rezultati / Results</i>	<i>Glavne ugotovitve / Main findings</i>	<i>SIGN ocena / SIGN assessment</i>
Heitz, et al., 1992	Ugotoviti vpliv glasbe na bolečino, hemodinamske spremenljivke in dihanje v EIT, pa tudi vpliv glasbe na kasnejše spominjanje pacientov na doživljanje v EIT.	Randomizirana klinična raziskava.	$n = 60$	V povprečju so pacienti, ki so prejeli glasbeno terapijo, zdržali dlje časa brez analgetične terapije – povprečno 6,5 ure, kontrolna skupina pa 4,5 ure ($p < 0,05$). 94 % pacientov je dan po operaciji menilo, da jim je glasba pomagala, 80 % se jih je počutilo bolj sproščeno, 60 % manj anksiozno, 33 % je čutilo manj bolečine in neugodja.	Med tremi skupinami ni bilo razlik v stopnjah bolečine, potrebi po analgetikih, hemodinamskih parametrih, dihanju ali ležalni dobi. Kljub temu je skupina, ki je prejela glasbeno terapijo, dlje časa zdržala brez analgetične terapije.	++
Hole, et al., 2015	Oceniti učinkovitost glasbe pri postoperativnem okrevanju, njen vpliv na bolečino, potrebo po analgeziji, anksioznost, ležalno dobo.	Sistematični pregled literature.	$n = 6902$	Od 72 raziskav, vključenih v sintezo, jih je 45 poročalo o zmanjšanju postoperativne bolečine, 43 o zmanjšanju anksioznosti, 34 o zmanjšanju uporabe analgezije in 16 o povečanju zadovoljstva pacientov.	Glasba v perioperativnem obdobju lahko zmanjša postoperativno bolečino, anksioznost in potrebo po analgetikih ter poveča zadovoljstvo pacienta. V raziskavah ni bilo ugotovljenih razlik v ležalnih dobah med pacienti, ki so prejeli glasbeno terapijo, in kontrolnimi skupinami.	++
Lee, et al., 2005	Ugotoviti vpliv glasbene terapije na anksioznost pri mehansko ventiliranih pacientih.	Randomizirana klinična raziskava, pilotna raziskava.	$n = 64$	Rezultati so pokazali statistično pomembno zmanjšanje vrednosti štirih analiziranih spremenljivk (krvni tlak $p < 0,001$; pulz $p = 0,003$; sistolni krvni tlak $p = 0,001$; diastolni krvni tlak $p = 0,002$). C-STAI lestvica ni pokazala statistično pomembnih razlik med skupinami ($p = 0,048$).	Pacienti, ki so prejeli glasbeno terapijo, so bili bolj sproščeni. Glasbena terapija lahko zmanjša potencialno škodljive fiziološke odgovore, ki izhajajo iz anksioznosti mehansko ventiliranih pacientov.	+
Lee, et al., 2017a	Ugotoviti vpliv glasbene terapije na zmanjšanje anksioznosti pri mehansko ventiliranih pacientih v EIT.	Randomizirana klinična raziskava.	$n = 85$	Izmerjeni parametri skupine, vključene v glasbeno terapijo, so bili boljše od parametrov kontrolne skupine, razen diastolnega krvnega tlaka (kortizol v serumu: $p = 0,2$; VAS-A, C-STAI, pulz, sistolni krvni tlak: $p < 0,01$).	30 minut poslušanja glasbe lahko pri pacientu takoj zniža anksioznost brez neželenih učinkov. Kako dolgo traja pozitiven učinek po prenehanju glasbene terapije, še ni znano.	++

Se nadaljuje / Continues

<i>Avtor / Author</i>	<i>Cilj / Objective</i>	<i>Vrsta raziskave / Study design</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Rezultati / Results</i>	<i>Glavne ugotovitve / Main findings</i>	<i>SIGN ocena / SIGN assessment</i>
Lee, et al., 2017b	Ugotoviti vpliv glasbene terapije in aromaterapije na zmanjšanje anksioznosti pri mehansko ventiliranih pacientih v EIT.	Randomizirana klinična raziskava.	$n = 132$	Glasbena skupina je imela v primerjavi s kontrolno skupino statistično pomembne nižje samoocene anksioznosti (VAS-A $p < 0,001$; C-STAI $p = 0,001$), nižji pulz ($p < 0,001$), nižji sistolni krvni tlak ($p < 0,001$) in nižji srednji arterijski tlak ($p = 0,03$). 30 minut po intervenciji je imela glasbena skupina v primerjavi s kontrolno skupino nižji pulz ($p = 0,001$) in nižji sistolni krvni tlak ($p < 0,001$).	Glasbena terapija in aromaterapija pomagata zmanjševati vznemirjenost pri mehansko ventiliranih pacientih v EIT; učinek traja tudi do 30 minut po prekinitev terapije.	++
Nilsson, 2008	Ugotoviti vpliv glasbene terapije na relaksacijo pacientov po operaciji srčnih zaklopk ali obvodu koronarne arterije z meritvami nivoja oksitocina, hemodinamskih parametrov, saturacije in subjektivnih ocen.	Randomizirana klinična raziskava.	$n = 40$	V intervencijski skupini je bila opažena višja vrednost PaO ₂ ($p = 0,039$), sprememba subjektivne ocene relaksacije ($p = 0,003$), nižji srednji tlak ($p = 0,002$). Nivo oksitocina je imel v intervencijski skupini pozitiven trend rasti, v kontrolni skupini pa negativen trend. Razlike med skupinami so statistično pomembne; rezultati znotraj skupine skozi čas niso statistično pomembni.	Glasbena terapija po operaciji srca zviša nivo oksitocina in pozitivno vpliva na subjektivno oceno relaksacije pacientov.	+
Saadatmand, et al., 2013	Ugotoviti učinek naravnih zvokov na vznemirjenost, zaskrbljenost in stres pri mehansko ventiliranih pacientih.	Randomizirana klinična raziskava.	$n = 60$	Statistično pomembni nižji rezultati srednjega arterijskega tlaka, stopnje anksioznosti in stopnje vznemirjenosti v intervencijski skupini ($p < 0,001$).	Z uporabo naravnih zvokov lahko zmanjšamo potencialno škodljive fiziološke odgovore telesa, ki izvirajo iz vznemirjenosti pri mehansko ventiliranih pacientih.	++
Saadatmand, et al., 2015	Ugotoviti vpliv prijetnih, naravnih zvokov na samooceno stopnje bolečine pri mehansko ventiliranih pacientih.	Randomizirana klinična raziskava.	$n = 60$	Rezultati so pokazali spremembe vrednosti VAS-lestvice po 30 minutah ($p = 0,02$), po 60 minutah ($p = 0,02$), po 90 minutah ($p = 0,01$) in po 120 minutah ($p = 0,13$).	Devetdesetminutno poslušanje naravnih zvokov je učinkovita, varna in cenovno ugodna intervencija za zmanjšanje bolečine pri mehansko ventiliranih pacientih. Spremembe v bolečinskih lestvicah so bile majhne, ampak klinično značilne.	+

Legenda / Legend: VAS – vizualna analogna skala / Visual Analogue Scale; VAS-A – vizualna analogna lestvica anksioznosti / Visual Analogue Scale for Anxiety; C-STAI – kitajska različica lestvice za ocenjevanje anksioznosti pri odraslih / Chinese version of State-Trait Anxiety Inventory; EIT – enota intenzivne terapije / intensive care unit; NRS – številska ocenjevalna lestvica / Numeric Rating Scale; PaO₂ – parcialni tlak kisika v arterijski krvi / partial pressure of oxygen in arterial blood; n – število / number; p – statistična značilnost / statistical significance

da so odzivi pacientov na glasbeno terapijo večinoma pozitivni. Pacienti, podvrženi glasbeni terapiji, doživljajo v primerjavi s pacienti iz kontrolnih skupin prijetnejšo izkušnjo hospitalizacije (Heitz, et al., 1992). V raziskavi, ki jo je opravil Lee in sodelavci (2005), je 88 % pacientov izrazilo zadovoljstvo z intervencijo. Udeleženi v glasbeni skupini menijo, da jim je glasba pomagala, da so bolj sproščeni, manj anksiozni ter da čutijo manj bolečine in nelagodja.

Vrsta glasbe

V raziskavah so bile uporabljene predvsem pomirjajoče glasbe različnih žanrov. V večini primerov so imeli raziskovalci pripravljen nabor glasbe, v katerem so pacienti lahko izbrali želeno skladbo. Vseboval je predvsem zahodne klasične skladbe, kitajsko klasično in tradicionalno glasbo, naravne zvoke, religiozno glasbo. Največji izbor glasbe je bil ponujen v raziskavi, ki so jo opravili Han in sodelavci (2010). Pacienti so lahko izbirali med več kot 40 izbori pomirjajoče glasbe. Vsa ponujena glasba je bila v svojem ritmu in tempu skladna z ritmom srčnega utripa človeka, ki znaša 60–80 utripov na minuto. Glasba je bila predvajana s pomočjo slušalk, vzglavnikov z vgrajenimi zvočniki ali navadnih zvočnikov (Hole, et al., 2015). Na osebni glasbeni izbor vplivata predvsem kultura in starostna skupina. Ponudba glasbe, ki je raziskovani populaciji znana in domača, lahko vpliva na izboljšanje rezultatov, saj z njo lahko dosežemo večjo stopnjo sprostitve (Lee, et al., 2005). Tudi Han in sodelavci (2010) navajajo, da lahko upoštevanje pacientovih kulturnih in družbenih značilnosti vpliva na končni izid intervencije. Priporočljivo je ponuditi večji nabor skladb, med katerimi pacient sam izbira (Han, et al., 2010). Na ta način se pacienti čutijo vključene in imajo občutek, da kontrolirajo situacijo (Saadatmand, 2013). Hole in sodelavci (2015) se strinjajo, da bi moral imeti pacient možnost izbrati glasbo iz obširnega nabora, izbranega s strani strokovnjakov. Tako vključeni dobi možnost izbora glasbe, ki je v skladu z njegovimi željami in glasbenim okusom. V primerih, ko so pacienti lahko sami izbirali glasbo, opažamo večje zmanjšanje bolečine kot pri pacientih, ki te možnosti niso imeli.

Diskusija

S sistematičnim pregledom literature smo pregledali vpliv glasbene terapije na paciente v EIT. Ugotovili smo, da glasba vpliva na pacienta tako psihično kot fizično. Pri fizioloških odzivih so bili raziskovani predvsem parametri krvnega tlaka, hitrosti dihanja, saturacije, stopnje bolečin ter nivo kortizola in oksitocina v serumu. Psihološki parametri so zajemali stres, anksioznost, spočitost, sprostitve in zadovoljstvo pacientov.

Znano je, da se pacienti v EIT pogosto soočajo z različnimi čustvenimi stiskami, strahom pred bolečinami ali smrtjo, nelagodjem, žejo, nepokretnostjo,

dispnejami, zmedenostjo in nezmožnostmi sprostitve, pomanjkanjem spanja, napetostjo, pomanjkanjem nadzora in osamljenostjo (Dijkstra, et al., 2010; Saadatmand, et al., 2013). Obravnava stresa pri kritično bolnih pacientih je pomembno področje, saj ima neuspešno obvladovanje lahko škodljive učinke in negativno vpliva na potek celotnega zdravljenja in obravnave v EIT. Glasbena terapija se je na področju intenzivne zdravstvene nege pokazala kot obetavna nefarmakološka intervencija (Saadatmand, et al., 2013). Večina raziskav je ugotovila pozitivne učinke glasbene terapije na počutje pacienta. O pozitivnem vplivu glasbene terapije na parametre krvnega tlaka, pulza in frekvence dihanja je poročalo več avtorjev (Lee, et al., 2005; Chan, 2007; Han, et al., 2010; Saadatmand, et al., 2013; Lee, et al., 2017a; Lee, et al., 2017b). Iz pregleda lahko potrdimo, da je glasba vplivala tudi na zmanjšanje anksioznosti in stresa (Lee, et al., 2005; Han, et al., 2010; Saadatmand, et al., 2013; Ames, et al., 2017; Lee, et al., 2017a; Lee, et al., 2017b), zmanjšanje bolečine (Heitz, et al., 1992; Chan, 2007; Saadatmand, et al., 2015) in poglobitev sedacije (Dijkstra, et al., 2010). Vsi avtorji so navedli, da med intervencijo ni prišlo do neželenih in nepričakovanih negativnih učinkov glasbene terapije.

Zaradi pomembnosti kulturnega ozadja in osebnih glasbenih preferenc posameznikov avtorji priporočajo medsebojno sodelovanje strokovnjakov in pacientov pri izbiri glasbe za intervencijo glasbene terapije (Han, et al., 2010; Saadatmand, et al., 2013). Težave z naborom ponujene glasbe so v svoji raziskavi prepoznali Lee in sodelavci (2005). Čeprav je bilo ponujenih 20 različnih glasbenih del, so nekateri pacienti podali povratno informacijo, da ne marajo izbrane glasbe. Avtorji zaključujejo, da je izbira lahko vplivala na odziv na glasbeno intervencijo. V nadaljnjih raziskavah priporočajo pristop, ki se pri izboru zvrsti glasbe osredotoča na osebo. Uporaba zvokov iz narave je geografsko neomejena in ni kulturno pogojena, zato jo je lažje vpeljati, od medicinske sestre pa ne zahteva specifičnega znanja o glasbeni terapiji (Saadatmand, et al., 2013). Nekateri avtorji so pacientom dovolili, da izberejo vrsto glasbe s seznama, medtem ko so drugi uporabljali isto vrsto glasbe, pogosto klasično, za vse udeležence. Rezultati teh raziskav zaradi različnih metod, raziskovalnih instrumentov, trajanja intervencij, časovnega obdobja in izbire vira zvoka niso popolnoma primerljivi (Nilsson, 2008). V vključenih raziskavah so bili uporabljeni različni intervali in različna trajanja glasbene terapije, saj zaenkrat še ni razvidno in potrjeno, kateri pristop je optimalen in najbolj učinkovit. Na tem področju so potrebne dodatne raziskave (Han, et al., 2010; Ames, et al., 2017). V raziskave je bil vključen razpon enkratnega poslušanja glasbe od 15 (Cooke, et al., 2010) do 120 minut (Heitz, et al., 1992; Saadatmand, et al., 2013, 2015).

Rezultati kažejo, da petnajstminutna intervencija glasbene terapije ni dovolj za pojav pozitivnih učinkov (Lee, et al., 2017a). V nadaljnjih raziskavah se priporoča

uporaba večkratnih in dlje časa trajajočih glasbenih intervencij, saj se z večkratno izpostavljenostjo pacient lahko ob glasbi bolj sprosti (Lee, et al., 2005; Nilsson, 2008). V vseh raziskavah so za posredovanje glasbe uporabili slušalke, razen v raziskavi Nilssona (2008), kjer so uporabili MP3-predvajalnik, vgrajen v vzglavnik. Avtor opozarja na pomembnost higieničnosti opreme za poslušanje glasbe. Okužbe v zdravstvu, kot je proti metilicinu odporni *Staphylococcus aureus* (MRSA), se namreč lahko prenašajo prav z uporabo predmetov, na katerih se nahaja mikroorganizem. Vzglavnik z glasbo ponuja zvočno okolje, ne da bi »izklopili zunanji svet«, in omogoča normalno komunikacijo z zdravstvenim osebjem.

V kar nekaj raziskavah so ugotovili, da so se pacienti ob glasbeni terapiji počutili izključeni iz okolice, zato jim intervencija ni odgovarjala (Chan, 2015; Ames, et al., 2017). Smiselno je razmišljati o drugačnih načinih posredovanja glasbe. Potrebne so inovacijske rešitve, pri izbiri katerih bi sodelovali tako glasbeni terapevti kot zdravstveni delavci.

Ugotovitve raziskav nakazujejo potencial glasbe za izboljšanje obvladovanja bolečin v medsebojnem dopolnjevanju s farmakološkimi ukrepi (Saadatmand, et al., 2013, 2015). Izvedenih je bilo dovolj raziskav, ki potrjujejo pozitivne učinke glasbene terapije v perioperativnem obdobju, zato bi ta morala biti dostopna za vse paciente. Čeprav je večina raziskav privedla do podobnih zaključkov, je medsebojno primerjanje oteženo zaradi uporabe različnih raziskovalnih instrumentov in velikosti raziskovalnih vzorcev. Težavo pri pridobivanju večjega vzorca je predstavljala izključitev hemodinamsko nestabilnih pacientov, pacientov po nujnih operacijah, psihiatričnih in naglušnih pacientov (Hole, et al., 2015).

Ugotovitve sistematičnega pregleda je treba pazljivo interpretirati. V pregled smo vključili le nekatere podatkovne baze in objavljene raziskave v angleškem jeziku. Siva literatura ni bila vključena. V analizo vključene raziskave so bile heterogene, izvedene na različno velikih vzorcih, raziskovale so različne izide. V pregled so bile vključene le randomizirane klinične raziskave in sistematični pregledi randomiziranih kliničnih raziskav. Več kot polovica jih je bila ocenjena z najvišjo oceno kakovosti, vendar je treba upoštevati, da smo eno raziskavo izključili zaradi nizko ocenjene kakovosti.

V nadaljnjih raziskavah bi bilo treba določiti primerljivost učinkov glasbene terapije v različnih geografskih in kulturnih okoljih. Nedorečene so ostale tudi informacije o optimalnem trajanju glasbene terapije za doseganje najboljših učinkov. Čeprav rezultati sistematičnega pregleda kažejo, da je uporaba glasbene terapije enostavna in jo lahko izvaja medicinska sestra sama, menimo, da bi bilo smiselno omogočiti pridobivanje specialnih znanj medicinskih sester s strani glasbenih strokovnjakov ali pa vključitev glasbenih strokovnjakov v zdravstveno

obravnavo. Poleg tega bi bilo treba poiskati tehnološke rešitve, ki bi omogočale predvajanje glasbe brez pojava neželenih učinkov, na primer otežene komunikacije z zdravstvenim osebjem, pri čemer je treba upoštevati zagotavljanje varnosti pacientov in preprečevanje okužb, povezanih z zdravstvom.

Zaključek

EIT predstavlja za paciente izjemno stresno okolje, v katerem so podvrženi številnim bolečim preiskavam in posegom; ob zbujanju so pogosto prestrašeni in dezorientirani, doživljajo strah in negotovost zaradi lastnega težkega zdravstvenega stanja. Poleg tega se zaradi različnih zvokov in alarmov ter osebja, ki je prisotno 24 ur na dan, težko sprostijo in spočijejo. Zdravstvo danes nudi veliko rešitev, s katerimi lahko ublažimo bolečino, poglobimo sedacijo ter urejamo fiziološke parametre, vendar imajo ti pristopi tudi veliko neželenih stranskih učinkov. Zato je smiselno razmišljati o vpeljavi nefarmakoloških ukrepov, ki bi poleg standardnih medicinskih ukrepov pripomogli k izboljšanju splošnega stanja pacienta. Glasbena terapija se je na tem področju izkazala kot zelo uporabna metoda, saj so raziskave dokazale njeno učinkovitost pri lajšanju bolečin, poglobitvi sedacije, uravnavanju fizioloških parametrov ter zmanjšanju strahu in anksioznosti pri hospitaliziranih pacientih v EIT. Prav tako so tudi povratne informacije pacientov pozitivne, saj jih je glasba pomirila, postali so bolj sproščeni, posledično pa so lahko odmislili bolečino in stresno okolje, ki jih je obdajalo. Potrebne so nadaljnje raziskave, ki bi pokazale, kako dolgo in pogosto naj bi se izvajala glasbena terapija za doseganje optimalnih učinkov. Odgovor na to vprašanje iz dosedanjih raziskav namreč še ni razviden in potrjen.

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 bila pripravljena v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje ali soglasje Komisije za etiko ni bilo potrebno. / The study was conducted in accordance with the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014). No approval by the Ethics Committee was necessary to conduct the study due to the selected research methodology.

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je opravila iskanje in pregled literature ter izbor vključenih virov. Prva in četrta avtorica ter drugi avtor so opravili oceno kakovosti vključenih virov. Vsi avtorji so prispevali k zasnovi sistematičnega pregleda ter k pisanju poglavij Uvod, Metode, Rezultati, Diskusija in Zaključek. / The first author conducted literature search and review and selected the sources. The first, the second and the fourth author performed quality assessment of the included sources. All the four authors contributed to designing a systematic review and writing the Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusion.

Literatura

Ames, N., Shuford, R., Yang, L., Moriyama, B., Frey, M., Wilson, F., et al., 2017. Music listening among postoperative patients in the intensive care unit: a randomized controlled trial with mixed-methods analysis. *Integrative Medicine Insights*, 12(1), pp. 1–13.

<https://doi.org/10.1177/1178633717716455>

PMid: 28904523

Chan, M.F., 2007. Effects of music on patients undergoing a C-clamp procedure after percutaneous coronary interventions: a randomized controlled trial. *Journal of Critical Care*, 36(6), pp. 431–439.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03773.x>

PMid: 16553675

Chlan, L.L., Engeland, W.C. & Savik, K., 2013. Does music influence stress in mechanically ventilated patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), pp. 121–129.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.11.001>

PMid: 23228527

Cooke, M., Chaboyer, W., Schluter, P., Foster, M., Harris, D. & Teakle, R., 2010. The effect of music on discomfort experienced by intensive care unit patients during turning: a randomized cross-over study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), pp. 125–131.

<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01819.x>

PMid: 20487057

Dijkstra, B.M., Gamel, C., van der Bijl, J.J., Bots, M.L. & Kesecioglu, J., 2010. The effects of music on physiological responses and sedation scores in sedated, mechanically ventilated patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7/8), pp. 1030–1039.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02968.x>

PMid: 20492047

Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), pp. 107–115.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

PMid: 18352969

Han, L., Li, J.P., Sit, J.W.H., Chung, L., Jiao, Z.Y. & Ma, W.G., 2010. Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7/8), pp. 978–987.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02845.x>

PMid: 20492042

Heitz, L., Symreng, T. & Scamman, F.L., 1992. Effect of music therapy in the postanesthesia care unit: a nursing intervention. *Journal of Post Anesthesia Nursing*, 7(1), pp. 22–31.

PMid: 1735869

Hole, J., Hirsch, M., Ball, E. & Meads, C., 2015. Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 386(10004), pp. 1659–1671.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60169-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60169-6)

PMid: 26277246

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.

Lee, O.K.A., Chung, Y.F.L., Chan, M.F. & Chan, W.M., 2005. Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), pp. 609–620.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01103.x>

PMid: 15840076

Lee, C.H., Lee, C.Y., Hsu, M.-Y., Lai, C.-L., Sung, Y.-H., Lin, C.-Y., et al., 2017a. Effects of music intervention on state anxiety and physiological indices in patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit. *Biological Research for Nursing*, 19(2), pp. 137–144.

<https://doi.org/10.1177/1099800416669601>

PMid: 27655993

Lee, C.H., Lai, C.L., Sung, Y.-H., Ali, M.Y., Lin, C.-Y. & Lin, L.-Y., 2017b. Comparing effects between music intervention and aromatherapy on anxiety of patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit: a randomized controlled trial. *Quality of Life Research*, 26(7), pp. 1819–1829.

<https://doi.org/10.1007/s11136-017-1525-5>

PMid: 28236262

Mavsar-Najdenov, B. & Farm, M., 2011. Bolnik v enoti intenzivne terapije. *Farmaceutski Vestnik*, 62(5), pp. 249–251.

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

Nilsson, U., 2008. The anxiety and pain reducing effects of music interventions: a systematic review. *AORN Journal*, 87(4), pp. 780–807.

<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2007.09.013>

PMid: 18395022

Poulsen, M.J. & Coto, J., 2018. Nursing music protocol and postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 19(2), pp. 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.09.003>
PMid: 29153918

Saadatmand, V., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S.D., Zayeri, F., Vaismoradi, M., et al., 2013. Effect of nature-based sounds' intervention on agitation, anxiety, and stress in patients under mechanical ventilator support: a randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(7), pp. 895–904. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.018>
PMid: 23245705

Saadatmand, V., Rejeh, N., Heravi-Karimooi, M., Tadrissi, S.D., Vaismoradi, M., & Jordan, S., 2015. Effects of natural sounds on pain: a randomized controlled trial with patients receiving mechanical ventilation support. *Pain Management Nursing*, 16(4), pp. 483–492. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.09.006>
PMid: 26092195

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2019. *SIGN: Critical appraisal notes and checklists*. Available at: <https://www.sign.ac.uk/checklists-and-notes.html> [21. 03. 2019].

Topçu, S., Şule Ecevit, A., Gülseven, B. & Kebapçı, A., 2017. Patient experiences in intensive care units: a systematic review. *Patient Experience Journal*, 4(3), pp. 115–127. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1137>

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:

Zadravec, T., Mekiš, D., Kmetec, S. & Vrbnjak, D., 2020. Uporaba in učinkovitost glasbene terapije v enoti intenzivne terapije: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(4), 315–325. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3027>

Pregledni znanstveni članek / Review article

Zdravstveni coaching kot pristop zdravstvene vzgoje k zdravemu življenjskemu slogu mladih: pregled literature

Health coaching as a new approach in health education for a healthy lifestyle of young people: a literature review

Rok Drnovšek^{1, 2*}, Andreja Kvas¹

Ključne besede: sprememba vedenja; uživanje alkohola; kajenje; prehrana; telesna dejavnost; coach

Key words: behavior change; alcohol consumption; smoking; nutrition; physical activity; coach

¹ Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

² Univerzitetni klinični center Ljubljana, zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

* *Korespondenčni avtor / Corresponding author:* rok.drnovsek@kclj.si

Članek je nastal v okviru doktorskega študija na Medicinski fakulteti v Ljubljani, smer Biomedicina.

IZVLEČEK

Uvod: Sočasna podvrženost več dejavnikom tveganja v povezavi z nezdravim življenjskim slogom vodi v nastanek kroničnih nenalezljivih bolezní in je v Sloveniji najbolj razširjena med mladimi odraslimi (25–34 let). Zdravstveni coaching je pristop zdravstvene vzgoje, ki bi bil lahko uporaben za zmanjševanje pojavnosti multiplih dejavnikov tveganja v povezavi z nezdravim življenjskim slogom med mladimi. Namen raziskave je bil pregledati in analizirati literaturo o uporabi zdravstvenega coachinga za zdrav življenjski slog mladih.

Metode: Izveden je bil pregled znanstvene literature v podatkovnih bazah PubMed in PubMed Central. Upoštevana so bila priporočila PRISMA. Identificirane zadetke smo uvrstili v nivo hierarhije dokazov in ocenili kakovost s pomočjo orodja za ocenjevanje kakovosti raziskav z mešano metodološko zasnovano.

Rezultati: Izmed 777 identificiranih zadetkov je bilo v končno analizo vključenih sedem izvirnih znanstvenih člankov. Zdravstveni coaching je pri obravnavi multiplih dejavnikov tveganja v povezavi z nezdravim življenjskim slogom najpogosteje uporabljen za hkratno promocijo zdrave prehrane in telesne dejavnosti. Uporaba pristopa pri mlajših od 35 let pogosto vključuje rabo sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije.

Diskusija in zaključek: Zdravstveni coaching lahko pomembno vpliva na odpravo in preprečevanje multiplih dejavnikov tveganja v povezavi z nezdravim življenjskim slogom med mladimi. Implementacija pristopa mora temeljiti na preišljeni zasnovi in neprekinjeni evalvaciji uspešnosti in učinkovitosti.

ABSTRACT

Introduction: Multiple lifestyle risk factors exposure is linked to the development of communicable diseases and is in Slovenia most prevalent among young adults (25–35 years old). Health coaching could be used in health education for lowering the prevalence of multiple lifestyle risk factors among young people. The aim of the review is to identify and analyse the literature regarding health coaching in healthy lifestyle promotion among youth.

Methods: The literature review was conducted in PubMed and PubMed Central databases. The PRISMA guidelines were followed. Identified results were categorized according to the hierarchy of evidence and the quality was evaluated with mixed methods studies quality evaluation tool.

Results: Of 777 identified results seven original scientific papers were included in the final analysis. In dealing with multiple lifestyle risk factors, health coaching is most commonly used in the promotion of eating habits and physical activity simultaneously. The approach includes the use of modern information communication technology with people younger than 35.

Discussion and conclusion: Health coaching has the potential to impact the elimination and prevention of multiple lifestyle risk factors among young people. The implementation of health coaching interventions should be carefully planned and accompanied by continuous evaluation of their success rate and effectiveness.



Prejeto / Received: 27. 12. 2019
Sprejeto / Accepted: 1. 9. 2020

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3010>

Uvod

Kronične nenalezljive bolezni so najpogostejši vzrok smrti v Sloveniji. Med najbolj razširjene sodijo bolezni obtočil, neoplazme, kronična obolenja dihal in sladkorna bolezen (Zaletel, et al., 2018). Večja verjetnost za pojav kroničnih nenalezljivih bolezni je povezana s slabim življenjskim slogom posameznika, ki zajema nezdrave prehranske navade, povišan indeks telesne mase (ITM), nezadostno telesno dejavnost, tvegano spolno vedenje, slabe spalne navade, zlorabo psihoaktivnih substanc, zlorabo zdravil, pretirano rabo sodobnih informacijsko-komunikacijskih tehnologij in zanemarjanje skrbi za duhovnost (Farhud, 2015). Kajenje, nezdravo prehrano, telesno nedejavnost in čezmerno pitje alkohola lahko označimo kot glavne dejavnike tveganja pri nezdravem življenjskem slogu, ki so povezani s povečanim tveganjem za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni, kot so na primer kardiovaskularna obolenja (Chomistek, et al., 2015), rakava obolenja (Aleksandrova, et al., 2014; Song & Giovannucci, 2016) in možganska kap (Larsson, et al., 2015). V prospektivni kohortni raziskavi, ki je vključevala 20244 posameznikov, so Khaw in sodelavci (2008) ugotovili pomemben zaščitni učinek zdravih vedenj (opustitev kajenja, zdrava prehrana, telesna dejavnost in zmerno pitje alkohola) na umrljivost zaradi kardiovaskularnih in rakavih obolenj. Nadalje so poročali, da so še izrazitejši učinek na zmanjševanje umrljivosti ugotovili ob združevanju več zdravih vedenj hkrati, kar kaže na pomembno škodljivost multiplih dejavnikov tveganja, povezanih z nezdravim življenjskim slogom.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) spremlja razširjenost opisanih dejavnikov tveganja za slovensko populacijo in poroča, da 20 % odstotkov moških in 30 % žensk nima nobenega izmed naštetih nezdravih vedenjskih vzorcev (Vinko, et al., 2018). Največji del populacije ima enega, kar zajema 38 % žensk in 36 % moških. NIJZ poroča tudi o prisotnosti multiplih dejavnikov tveganja, povezanih z nezdravim življenjskim slogom, ki se najpogosteje pojavljajo v najmlajši analizirani starostni skupini (25–34 let) (Vinko, et al., 2018). Zaradi škodljivosti omenjenih dejavnikov je v slovenskem prostoru potrebna intenzivna preventivna dejavnost na področju zdravega življenjskega sloga med mladostniki in mladimi odraslimi (Paulin, et al., 2016).

Kljub temu da je širjenje informacij o škodljivosti pomembno, to nima nujno zadostnega vpliva na pojavnost nezdravih vedenjskih vzorcev mladih. Sprememba mora temeljiti na modelih spreminjanja vedenja, ki izhajajo iz posameznika (Davies, 2013). Preoblikovanje vedenjskih navad je dolgotrajen, večkrat neuspešen proces. Razumevanje spremembe kot procesa nas usmerja v krepitev posameznikove notranje motivacije za začetno spremembo vedenja in nadaljnje ohranjanje novih navad (Fidanci, et al., 2017). Strategije zdravstvene vzgoje morajo biti zato celovite in v okviru

k osebi usmerjene oskrbe, ki zajema promocijo zdravja in preventivno dejavnost za spodbujanje zdravega življenjskega sloga. Pri obravnavi se mora zagotavljati ustrezno strukturno in organizacijsko okolje ter spodbujati dejavno vlogo posameznika v interakciji z zdravstvenimi delavci (Santana, et al., 2018). Gre za celovito obravnavo telesnega, duševnega, duhovnega in socialnega zdravja posameznikov. Oseba je v procesu opredeljena kot kompleksno bitje, ki je pod nenehnim vplivom lastnih izkušenj, vrednot in vedenjskih vzorcev in se hkrati povezuje z drugimi enakovredno kompleksnimi osebami (Mitchell, et al., 2013).

Zdravstveni coaching (ang. *health coaching*) je pristop v zdravstveni vzgoji, ki posameznika spodbuja k dejavnemu in čim bolj doslednemu doseganju osebno zastavljenih ciljev, povezanih z želenimi navadami (Palmer, 2004). V Sloveniji še vedno nimamo prevoda besede coaching oziroma coach (izvajalec procesa coachinga), ki bi ustrezal pomenu besede v angleškem jeziku. Z analizo pogostosti uporabe besed v korpusu pisne standardne slovensčine Gigafida smo ugotovili, da se v Sloveniji največ uporabljata tujki coaching in coach (Gigafida 2.0, 2020.), zato bomo v nadaljevanju članka uporabljali navedena termina. Zdravstveni coaching je ena izmed vrst coachinga. Cukjati (2009) ga deli na poslovni in osebni coaching, ki se med seboj razlikujeta v vodenju procesa, izbiri področij, ciljev in metod. Zdravstveni coaching je praksa zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, ki temelji na dokazih ter izvajanju motivacijskih razgovorov, vzpostavitvi partnerskega odnosa in komunikacije, postavljanju lastnih, z zdravjem povezanih ciljev in spodbujanju sprememb vedenja za preprečevanje nastanka bolezni po načelih transteoretičnega modela sprememb (Neuner-Jehle, et al., 2013).

Wolever in sodelavci (2013) izpostavljajo, da se v literaturi pojavljajo različne opredelitve zdravstvenega coachinga. Na osnovi rezultatov pregleda literature so zato poskušali ta pristop čim bolj ustrezno opredeliti. Zdravstveni coaching je pristop, usmerjen k pacientu (ang. *patient centered approach*), ki vsaj do neke mere sodeluje pri postavitvi ciljev in uporablja procese samoodkrivanja ali dejavnega učenja v kontekstu vsebin zdravstvene vzgoje. Pacientovo učenje je usmerjeno k skupno postavljenim ciljem, samonadzoru in večanju odgovornosti, ki jo prevzema. Proces poteka v partnerskem medosebnem odnosu z zdravstvenim coachem (izvajalec procesa coachinga) in zdravnikom. Coach je zdravstveni delavec, ki je usposobljen v teoriji vedenjskih sprememb, motivacijskih strategijah in komunikacijskih tehnikah. S temi znanji pomaga pacientu pri razvoju notranje motivacije in pridobivanju novih spretnosti za doseganje ustaljenih sprememb in izboljšanje zdravja ter dobrobiti pacienta (Wolever, et al., 2013). Zdravstveni coaching je tesno povezan z metodo motivacijskega razgovora (Olsen & Nesbitt, 2010), ki dobro vključuje načela oskrbe, osredotočene k pacientu. Metoda je usmerjena v pacientove cilje in v spodbujanje vedenjskih sprememb s pomočjo raziskovanja in

razreševanja njegovih notranjih nesoglasij.

Multipli dejavniki tveganja, povezani z nezdravim življenjskim slogom, prispevajo k večji verjetnosti za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni in se najpogosteje pojavljajo v mladi odrasli populaciji (Vinko, et al., 2018). Intenzivno izvajanje zdravstvene vzgoje s pomočjo coachinga mladih in mladih odraslih zato lahko pomembno prispeva k preprečevanju nastanka kroničnih bolezni v prihodnosti.

Namen in cilji

Namen raziskave je opisati in analizirati uporabo pristopa zdravstvenega coachinga pri zniževanju prevalece dejavnikov tveganja, povezanih z nezdravim življenjskim slogom med mladostniki in mladimi odraslimi. Cilj raziskave je predstaviti različne načine implementacije in učinke pristopa zdravstvenega coachinga za zmanjševanje pojavnosti multiplih dejavnikov tveganja, povezanih z nezdravim življenjskim slogom med mladimi. V raziskavi smo si zastavili raziskovalno vprašanje: Ali je v populaciji posameznikov, mlajših od 35 let, pristop zdravstvenega coachinga uporaben za preprečevanje ali odpravo multiplih dejavnikov tveganja, povezanih z nezdravim življenjskim slogom?

Metode

Uporabljena je metoda pregleda literature.

Metode pregleda

Iskanje literature smo opravili v podatkovnih bazah PubMed in PubMed Central. Iskanje po elektronskih bazah podatkov smo – da bi omogočili replikacijo iskanja – izvedli z enkratnim iskalnim nizom. Pri izbiri ključnih besed smo se zgledovali po predhodno

opravljenem sistematičnem pregledu literature na tem področju. Uporabili smo enak iskalni niz kot Wolever in sodelavci (2013). Dodatno smo ga omejili, tako da smo z Boolovim operaterjem AND iskalnemu nizu dodali ključne besede, povezane z dejavniki tveganja pri nezdravem življenjskem slogu. Vse ključne besede smo povezali s pomočjo Boolovih operaterjev OR (ALI) ter AND (IN). Končni iskalni niz besed je: ((*health OR wellness OR wellbeing*) AND (*coach OR coach / educator OR coach / mentor OR coach / teacher OR coach' OR coach's OR coachability OR coachable OR coachdelivered OR coached OR coached / trained OR coached' OR coachee OR coaches OR coaches / case OR coaches / facilitators OR coaches / instructors OR coaches/trainers OR coaches' OR coaching OR coaching / control OR coaching / facilitating OR coaching / feedback OR coaching / mentoring OR coaching / training OR coaching' OR coaching's OR coachwork*)) AND (*smoking OR tobacco OR cigarette OR nicotine OR e-cigarette OR e-cigarettes OR electronic cigarettes OR vapor cigarettes OR alcohol OR alcoholism OR alcohol abuse OR alcohol misuse OR binge drinking OR diet OR nutrition OR food habit OR eating habit OR physical activity OR exercise OR fitness OR physical exercise OR lifestyle behaviours OR lifestyle modification OR lifestyle OR lifestyle changes*).

Za dodatno usmeritev iskalnega niza smo zadetke zamejili: vključili smo samo literaturo iz recenziranih revij, literaturo v angleškem jeziku, raziskave, opravljene na ljudeh, in literaturo s področja medicine in strok, povezanih z zdravjem. Kot vključitvene kriterije smo upoštevali izvirne znanstvene članke z ustrežno tematiko. Kot izključitvene kriterije smo upoštevali študije primerov, sistematične preglede literature, metaanalize, pregledne članke in objavljene protokole za randomizirane nadzorovane poskuse ali druge raziskovalne zasnove. Ostali vključitveni in izključitveni kriteriji so predstavljeni v Tabeli 1.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

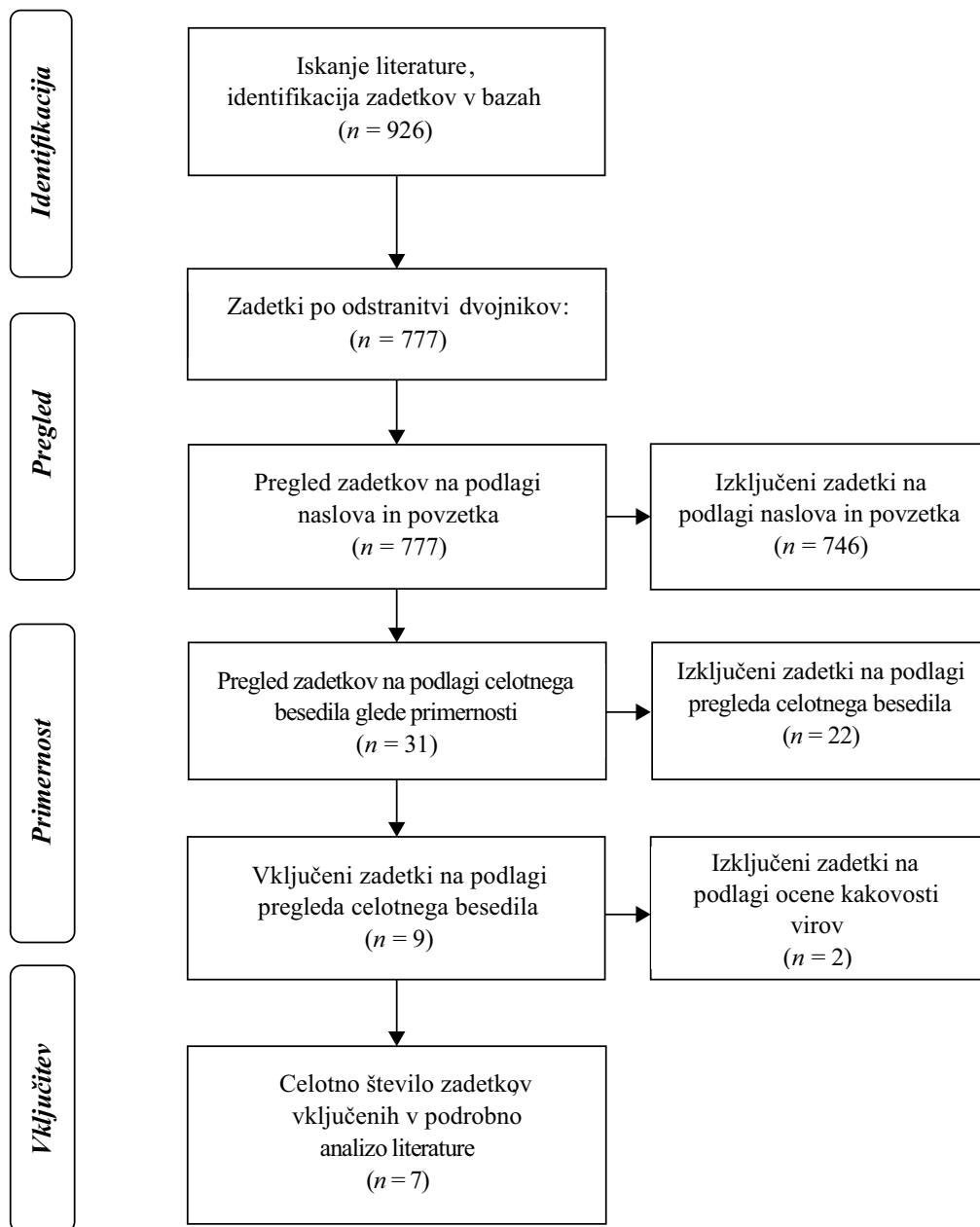
Table 1: Inclusion and exclusion criteria

Kriterij / Criteria	Vključitveni kriteriji / Inclusion criteria	Izključitveni kriteriji / Exclusion criteria
Populacija	Zdrava populacija ali populacija s prisotnimi dejavniki tveganja, povezanimi z nezdravim življenjskim slogom.	Populacija bolnikov z že prisotnimi kliničnimi znaki bolezni in specifične populacije, kot so gasilci, vojaki, športniki, itd.
Starost vključenih	Populacija do vključno 35. leta.	Populacija, starejša od 35 let.
Vrste raziskav	Izvirni znanstveni članki.	Študije primerov, sistematični pregledi literature, metaanalize, pregledni članki, dvojniki in objavljeni protokoli za randomizirane nadzorovane poskuse ali druge raziskovalne zasnove.
Usmeritev intervencije	Intervencija zdravstvene vzgoje vključuje postavljanje pacientu lastnih ciljev oziroma dejavno udeležbo pacienta oziroma izhaja iz pacientovih navad in napredka.	Intervencije zdravstvene vzgoje in preventivne dejavnosti, ki predvidevajo pasivno vlogo pacienta v procesu zdravstvene vzgoje.
Starost objav	Literatura, objavljena vključno od januarja leta 2013 do marca leta 2019.	Literatura, objavljena pred letom 2013.
Vsebina intervencije	Obravnava vsaj dveh dejavnikov tveganja pri nezdravem življenjskem slogu (kajenje, prehrana, telesna dejavnost, uživanje alkohola).	Obravnava drugih oblik nezdravih vedenj ali samo enega dejavnika tveganja v povezavi z nezdravim življenjskim slogom.

S podrobnejšim pregledom smo iz nabora identificirali končni nabor literature, vključene v kvalitativno analizo pregleda literature (Vaismoradi, et al., 2013). Zajeto literaturo smo sistematično pregledali in analizirali. Pri organiziranju, shranjevanju virov ter citiranju in navajanju literature nam je bila v pomoč spletna različica programa EndNote (Clarivate Analytics, 2018). Za prikaz poteka pregleda literature smo uporabili pristop *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher, et al., 2015).

Rezultati pregleda

Najdenih je bilo 926 zadetkov: 627 v podatkovni bazi PubMed in 299 v podatkovni bazi PubMed Central. Po odstranitvi 149 dvojnikov nam je ostalo 777 zadetkov. Na podlagi naslova in povzetka smo odstranili 746 zadetkov. Po pregledu 31 člankov v obsegu celotnega besedila smo izločili 22 člankov, ki niso ustrezali vsebinskim vključitvenim kriterijem. Dva članka smo dodatno izključili na osnovi ocene kakovosti virov. Kot je razvidno iz Slike 1, smo v končno analizo vključili sedem znanstvenih člankov.



Slika 1: PRISMA-diagram poteka raziskave skozi faze pregleda literature (Moher, et al., 2015)
Figure 1: Literature review process PRISMA flowchart (Moher, et al., 2015)

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

V končnem naboru dokumentov smo zajeli kvantitativne raziskave in dve raziskavi z mešano metodološko zasnovo. Zato smo za metodološko oceno vključenih raziskav uporabili orodje za ocenjevanje raziskav z mešanimi metodami raziskovanja (Mixed Methods Appraisal Tool [MMAT]) (Hong, et al., 2018).

Orodje je sestavljeno iz dveh presejalnih kriterijev in iz 25 ocenjevalnih kriterijev, ki omogočajo ocenjevanje metodološke kakovosti kvalitativnih raziskav, kvantitativnih randomiziranih raziskav, kvantitativnih nerandomiziranih raziskav, kvantitativnih opisnih raziskav in raziskav z mešano metodološko zasnovo. Vsaka raziskava je ocenjena s petimi kriteriji, ki so prilagojeni glede na metodološko zasnovo raziskave. Dve raziskavi smo ocenili z maksimalno oceno metodološke kakovosti (Nguyen, et al., 2013; Sandrick, et al., 2017). Štiri zajete raziskave smo ocenili kot zadovoljive glede na štiri od petih ocenjevalnih kriterijev (An, et al., 2013; Svetkey, et al., 2015; Tucker & Lanningham-Foster 2015; Allman-Farinelli, et al., 2016) in eno raziskavo glede na tri od petih ocenjevalnih kriterijev (Stephens, et al., 2017). Dve kvalitativni raziskavi smo zaradi triangulacije metodoloških pristopov ocenili s kriteriji za mešane raziskovalne zasnove. Eno raziskavo smo ocenili kot zadovoljivo glede na štiri od petih ocenjevalnih kriterijev (Friend, et al., 2014) in eno z dvema od petih metodoloških kriterijev (Ige, et al., 2016). Metodološko oceno sta neodvisno opravila dva raziskovalca.

Oceno kakovosti literature smo določili glede na hierarhijo dokazov po viru Polit in Beck (2012). Izmed devetih ocenjenih enot literature smo zajeli šest randomiziranih kontrolnih raziskav in eno nerandomizirano raziskavo. Te raziskave glede na hierarhijo dokazov sodijo v nivo 2 in zato spadajo med zadovoljivo kakovostne vire podatkov. V nabor literature smo zajeli tudi dve kvalitativni raziskavi, ki glede na hierarhijo dokazov sodita v nivo 6, zato ju nismo vključili v podrobnejšo analizo.

Rezultati

V končno analizo smo zajeli sedem raziskav, ki so obravnavale zdravstveni coaching za odpravo ali preprečevanje vsaj dveh hkratnih dejavnikov tveganja, povezanih z nezdravim življenjskim slogom mladih odraslih in mladostnikov. Pri analizi posamezne zajete raziskave smo sistematično izpisali pomembne informacije glede na namen našega pregleda literature. Temeljne značilnosti zajetih raziskav, kot so zasnova raziskave, število in starost sodelujočih, namen raziskave, merjeni izidi in temeljne ugotovitve raziskave, so predstavljene v Tabeli 2. Poleg predstavljenih značilnosti raziskav

smo iz analizirane literature izpisali tudi informacije, povezane s trajanjem in načinom izvajanja intervencije zdravstvenega coachinga, rabo sodobnih informacijsko-komunikacijskih tehnologij, izvajalci intervencije coachinga, metodami spremljanja učinkovitosti in navedenimi omejitvami raziskav.

V petih raziskavah pri mladi odrasli populaciji so zdravstveni coaching izvajali s pomočjo sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije, ki je vključevala telefonske klice (An, et al., 2013; Allman-Farinelli, et al., 2016;), SMS-sporočila (Allman-Farinelli, et al., 2016; Sandrick, et al., 2017; Stephens, et al., 2017), spletne aplikacije (An, et al., 2013; Allman-Farinelli, et al., 2016;), mobilne aplikacije (Svetkey, et al., 2015; Allman-Farinelli, et al., 2016; Sandrick, et al., 2017; Stephens, et al., 2017) in kratka video sporočila (An, et al., 2013).

Dve raziskavi sta zajeli mladostnike, mlajše od 18 let. V prvi so uporabili SMS-sporočila in telefonske klice ob hkratnih skupinskih srečanjih z zdravstvenim coachem, posebej za otroke in posebej za njihove starše (Nguyen, et al., 2013). V drugi raziskavi pa so intervencijo izvajali v šolskem okolju, brez uporabe informacijsko-komunikacijskih tehnologij in z minimalno vključitvijo staršev (Tucker & Lanningham-Foster, 2015).

Celotni čas implementacije intervencij coachinga v zajetih raziskavah se je gibal od 42 dni (An, et al., 2013) do dveh let (Svetkey, et al., 2015). V tem času so udeleženci bodisi prejeli motivacijska sporočila bodisi se srečevali z zdravstvenimi coachi. Individualna srečanja z zdravstvenimi coachi so trajala od najmanj 10–15 minut (Tucker & Lanningham-Foster, 2015) do največ 45–60 minut (Sandrick, et al., 2017). Če so intervencije temeljile na informacijsko-komunikacijskih tehnologijah, so avtorji poročali o načinih in pogostosti komunikacije z zdravstvenim coachem. Komunikacija je potekala najmanj enkrat mesečno (Svetkey, et al., 2015; Allman-Farinelli, et al., 2016) in največ od enkrat do trikrat tedensko (An, et al., 2013; Sandrick, et al., 2017).

Izmed zajetih dokumentov so pristop zdravstvenega coachinga v petih primerih uporabili za hkratno obravnavo prehrane in telesne dejavnosti sodelujočih (Nguyen, et al., 2013; Svetkey, et al., 2015; Tucker & Lanningham-Foster, 2015; Allman-Farinelli, et al., 2016; Stephens, et al., 2017), v enem primeru za hkratno obravnavo prehrane, telesne dejavnosti in uživanja alkohola (Sandrick, et al., 2017) in v enem primeru za hkratno obravnavo vseh štirih glavnih dejavnikov, povezanih z nezdravim življenjskim slogom (An, et al., 2013). V treh primerih je bil glavni izvajalec zdravstvenega coachinga dietetik (Nguyen, et al., 2013; Svetkey, et al., 2015; Allman-Farinelli, et al., 2016), v enem primeru medicinska sestra in študenti zdravstvene nege (Tucker & Lanningham-Foster, 2015), v dveh primerih zdravstveni coachi z neopredeljenim profesionalnim ozadjem (Sandrick,

Tabela 2: Temeljne ugotovitve analiziranih virov
Table 2: Key findings from analysed sources

<i>Avtor, država/ Authors, country</i>	<i>Zasnova raziskave / Study design</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Namen raziskave / Research objective</i>	<i>Merjeni izidi / Measured outcomes</i>	<i>Temeljne ugotovitve / Key findings</i>
Allman-Farinelli, et al., 2016 Avstralija	Kvantitativna raziskava: randomizirana kontrolna raziskava.	Zdravi posamezniki, stari od 18 do 35 let ($n = 203$).	Primerjati dvosmerno komunikacijo s coachem po SMS-sporočilih in zdravstveno vzgojo minimalne intenzitete.	Izguba telesne mase, spremembe prehranskih navad, spremembe navad, povezanih s telesno dejavnostjo.	V intervencijski skupini so uspešneje izgubljali in vzdrževali telesno maso. Razlika v telesni dejavnosti je po devetih mesecih izginila. Ob koncu programa je imela intervencijska skupina boljše obete za ohranjanje zdravih navad.
An, et al., 2013 Združene države Amerike	Kvantitativna raziskava: randomizirana raziskava.	Kadilci, stari od 18 do 30 let ($n = 1317$).	Primerjava zdravstvenega coachinga s kratkimi video sporočili ter samostojno rabo zdravstvenovzgojne aplikacije in kontrole.	Status kajenja, količina zaužitega alkohola, telesna dejavnost, uživanje zajtrka.	Intervencijska skupina z zdravstvenim coachingom je uspešneje abstinirala od kajenja. Obe intervencijski skupini sta imeli boljše možnosti za opustitev kajenja in spremembo drugih opazovanih navad glede na kontrolno skupino.
Nguyen, et al., 2013 Avstralija	Kvantitativna raziskava: randomizirana kontrolna raziskava.	Pretežki mladostniki, stari od 13 do 16 let ($n = 151$).	Oceniti učinek zdravstvenega coachinga nižje intenzitete kot vzdrževalne faze coaching programa.	ITM, nivo glukoze v krvi, lipidogram na tešče, telesna dejavnost, prehrana, psihosocialno zdravje.	Udeleženci so po treh mesecih izgubili telesno maso, navajali manj zaužitih maščob in izkazali boljše izide psihosocialnega zdravja. Dodatne terapevtske intervencije po končani prvi fazi niso prinesle statistično značilnih izboljšav.
Sandrick, et al., 2017 Združene države Amerike	Kvantitativna raziskava: randomizirana kontrolna raziskava.	Zdravi študenti, stari od 18 do 30 let ($n = 60$).	Ocena učinka srečanja s coachem in prilagojenih SMS-sporočil na doseganje osebno postavljenih ciljev.	Stopnja doseganja postavljenih ciljev, število korakov, nivo glukoze v krvi in lipidogram na tešče.	Sodelujoči so bili najbolj uspešni pri doseganju prehranskih ciljev in najmanj pri obvladovanju stresa. Z izjemo telesne dejavnosti med skupinama ni bilo statistično značilnih razlik v zdravih navadah ali laboratorijskih izvidih.
Stephens, et al., 2017 Združene države Amerike	Kvantitativna raziskava: randomizirana kontrolna raziskava.	Pretežki posamezniki, stari od 18 do 25 let ($n = 62$).	Primerjati minimalno intervencijo zdravstvene vzgoje z zdravstvenim coachingom, ki temelji na rabi pametnih telefonov.	ITM, obseg trebuha, telesna dejavnost, prehranske navade, samozadostnost	Obstajajo statistično značilne razlike med skupinama v spremembi telesne mase, ITM in obsegu trebuha, ne pa v samozadostnosti, telesni dejavnosti in prehranskih navadah.
Svetkey, et al., 2015 Združene države Amerike	Kvantitativna raziskava: randomizirana kontrolna raziskava.	Pretežki posamezniki, stari od 18 do 35 let ($n = 365$).	Primerjati rabo zdravstvenovzgojne aplikacije in osebnega coachinga s samostojno rabo zdravstvenovzgojne aplikacije.	Telesna masa, prehranjevalne navade, telesna dejavnost.	Največ telesne mase so izgubili v skupini osebnega zdravstvenega coachinga, sledila je kontrolna skupina in nato skupina z mobilno aplikacijo, sicer brez statistično značilnih razlik ob koncu intervencije. Rezultati prikazujejo prispevek osebne stika k uspešnosti pristopa.
Tucker & Lanningham-Foster, 2015 Združene države Amerike	Kvantitativna raziskava: intervencijska raziskava.	Šolarji, stari od 9 do 10 let ($n = 77$).	Preizkusiti učinkovanje motivacijskih razgovorov v okviru šolskih dejavnosti na zdrav življenjski slog šolarjev.	Število korakov, ITM-percentil, prehranske navade, čas, preživet pred zaslonom, telesna dejavnost.	Učenci obeh šol so ob končni meritvi naredili večje število korakov in poročali o boljših prehranjevalnih navadah brez statistično značilnih razlik v ITM. Pristop je kljub temu obetajoč kot preventiva na populacijski ravni za spreminjanje nezdravih navad v zgodnji mladosti.

Legenda / Legend: ITM – indeks telesne mase / body mass index; % – odstotek / percentage; n – število / number; SMS – kratko znakovno sporočilo / short message service

et al., 2017; Stephens, et al., 2017) in v enem primeru študenti strok, povezanih z zdravstvom (An, et al., 2013).

V vključeni literaturi so kot omejitve raziskave v štirih primerih navedli njeno kratkotrajnost oziroma prekratko dobo od začetka intervencije do spremljanja končnih izidov (An, et al., 2013; Nguyen, et al., 2013; Sandrick, et al., 2017; Stephens, et al., 2017). V dveh so kot omejitev izpostavili premajhno število udeležencev (Sandrick, et al., 2017; Stephens, et al., 2017), v eni pa nizko zanesljivost zbranih podatkov zaradi načina zbiranja podatkov o spremembi telesne mase (Allman-Farinelli, et al., 2016). V zajetih raziskavah so podatke o prehrani, kajenju in uživanju alkohola zbirali s pomočjo vprašalnikov. Podatke o telesni dejavnosti so v dveh raziskavah zbirali s pomočjo števca korakov (Tucker & Lanningham-Foster, 2015; Sandrick, et al., 2017). Telesno maso so v treh raziskavah merili v prisotnosti članov raziskovalne skupine (Nguyen, et al., 2013; Svetkey, et al., 2015; Stephens, et al., 2017). V eni raziskavi so udeleženci svojo telesno maso sporočali glede na meritev, ki so jo opravili sami v domačem okolju (Allman-Farinelli, et al., 2016).

V štirih vključenih raziskavah so ugotovili, da je bil glede na opazovane izide uporabljen pristop zdravstvenega coachinga učinkovit (An, et al., 2013; Nguyen, et al., 2013; Tucker & Lanningham-Foster, 2015; Allman-Farinelli, et al., 2016). V eni raziskavi so ugotovili, da je zdravstveni coaching učinkovit pristop za izgubo telesne mase, vendar pri primerjavi kontrolne skupine z intervencijsko niso ugotovili statistično značilnih razlik v spremembi samozadostnosti ter poročani spremembi telesne dejavnosti in prehranjevalnih navad (Stephens, et al., 2017). Dve raziskavi sta ugotovili skromen vpliv zdravstvenega coachinga na opazovane izide (Svetkey, et al., 2015; Sandrick, et al., 2017). V prvi izmed njih statistično neznatne razlike v doseganju osebno postavljenih ciljev pripisujejo majhnemu številu udeležencev (Sandrick, et al., 2017). V raziskavi, ki analizira prispevek osebnega stika z zdravstvenim coachem, so zmanjševanje učinka intervencije zdravstvene vzgoje s časom pojasnjevali s premajhno intenziteto in morebitno slabšo dovtetnostjo obravnavane populacije (Svetkey, et al., 2015).

Diskusija

Glede na rezultate pregleda literature ugotavljamo, da je zdravstveni coaching možen način vplivanja na multiple dejavnike tveganja v povezavi z nezdravim življenjskim slogom med mladimi. V večini raziskav, vključenih v naš pregled literature, so ugotovili pozitivne učinke uporabe zdravstvenega coachinga na izgubo telesne mase (Nguyen, et al., 2013; Svetkey, et al., 2015; Stephens, et al., 2017), pogostejšo telesno dejavnost (Tucker & Lanningham-Foster, 2015), opuščanje kajenja (An, et al., 2013), izboljšanje

prehranjevalnih navad (Sandrick, et al., 2017) in izboljšano psihosocialno zdravje (Nguyen, et al., 2013). V nobeni izmed raziskav niso poročali o negativnih učinkih tega pristopa. Zdravstveni coaching je zato možen način vplivanja na multiple dejavnike tveganja, povezane z nezdravim življenjskim slogom med mladimi. Intervencije zdravstvenega coachinga, ki smo jih zajeli v pregledu literature, so bile učinkovite, vendar je pristop v primerjavi s tradicionalnimi zdravstvenovzgojnimi pristopi za izvajalce zahtevnejši (Liddy, et al., 2014). Odpravljanje dejavnikov tveganja pri nezdravem življenjskem slogu med mladimi pomeni manjše tveganje za pojavnost nezdravih vedenj v odraslosti in posledično manjše tveganje za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni v starosti, zato je kljub večji zahtevnosti uporaba pristopa smiselna prav pri mlajših od 35 let (Laitinen, et al., 2013).

S pregledom literature smo najpogosteje zaznali zdravstveni coaching kot pristop za hkratno obravnavo prehrane in telesne dejavnosti mladostnikov in mladih odraslih (Nguyen, et al., 2013; Svetkey, et al., 2015; Tucker & Lanningham-Foster, 2015; Allman-Farinelli, et al., 2016; Stephens, et al., 2017). To je pričakovano zaradi povezanosti obeh dejavnikov ter komplementarnega delovanja prehranskih navad in telesne dejavnosti na izgubo telesne mase (Lee, et al., 2017). Zaznali smo pomanjkanje raziskav o preprečevanju prekomernega uživanja alkohola in kajenja. Slednje so obravnavali le An in sodelavci (2013).

Uživanje alkohola je v Sloveniji velik javnozdravstveni problem mlade odrasle populacije (Munda, et al., 2016), kar kaže raziskava med študenti Univerze v Ljubljani, v kateri so ugotovili, da skoraj 90 % vključenih študentov uživa alkohol, več kot 20 % pa tvegano ali škodljivo pije alkohol (Hafner, et al., 2014). Prav tako so mladi najprimernejša populacija za intenzivne aktivnosti na področju preprečitve kajenja. V raziskavi, ki je vključevala 4591 kadilcev v Sloveniji, so ugotovili, da jih je 96,7 % začelo kaditi pred 25. letom in 71 % pred 18. letom (Koprivnikar & Korošec, 2015).

Ugotovitve kažejo, da so bili izvajalci zdravstvenega coachinga najpogosteje dietetiki, kar je najverjetneje posledica vsebinske zasnove zajetih raziskav. Medicinska sestra bi lahko bila primernejša izvajalka za doslednejšo obravnavo vseh glavnih dejavnikov tveganja v povezavi z nezdravim življenjskim slogom. Medicinske sestre so dejavno vključene v izvajanje neprekinjene zdravstvene vzgoje in so strokovno usposobljene na področjih zdravstvene vzgoje, terapevtske komunikacije in zdravega življenjskega sloga (Pečelin & Sočan, 2016). Medicinske sestre v slovenskem prostoru prevzemajo pomembno vlogo v promociji zdravja in zdravstveni vzgoji za zdrav življenjski slog tako zdrave populacije kot tudi pacientov s kroničnimi neozdravljivimi boleznimi (Poplas Susič, 2017). V pregledu literature smo zaznali

tudi raziskavo, v kateri je bila izvajalka intervencije coachinga medicinska sestra (Tucker & Lanningham-Foster, 2015). Avtorji raziskave so poročali o pozitivnih učinkih intervencije na prehrano in telesno dejavnost otrok in potencialu za sistemsko implementacijo tovrstnih intervencij v promociji zdravja.

Za doseganja mlade odrasle populacije so v vseh zajetih raziskavah kot komunikacijski kanal uporabili informacijsko-komunikacijsko tehnologijo, najpogosteje mobilne aplikacije (Svetkey, et al., 2015; Allman-Farinelli, et al., 2016; Sandrick, et al., 2017; Stephens, et al., 2017). Kljub veliki ponudbi prostodostopnih mobilnih aplikacij, povezanih z zdravjem, je njihova kakovost vprašljiva, saj smo v okviru pregledovanja ustrezne literature prepoznali tri sistematične pregledne članke, v katerih so avtorji ugotovili nizko kakovost prostodostopnih mobilnih aplikacij na področjih zdrave prehrane (Davis, et al., 2016) in telesne dejavnosti (Modave, et al., 2015) ter splošno slabo raziskano učinkovitost mobilnih aplikacij, povezanih z zdravjem (Chib & Lin, 2018). V eni izmed raziskav so ugotovili, da se je uporaba prostodostopne mobilne aplikacije ob združevanju osebnega zdravstvenega coachinga izkazala za učinkovito (Svetkey, et al., 2015).

Nove tehnologije nam omogočajo lažjo komunikacijo, vendar moramo pri njihovem vključevanju upoštevati pacientovo pravico do enakopravnega dostopa in zdravstvene obravnave (Zakon o pacientovih pravicah, 2008). Izvajanje zdravstvenega coachinga zato ne sme temeljiti izključno na informacijsko-komunikacijski tehnologiji, ampak mora predvideti tudi druge načine izvajanja. Pri mlajših od 18 let smo v pregledu zaznali manj rabe novih tehnologij za izvajanje zdravstvenega coachinga. Implementacija je namreč temeljila na tesnem povezovanju s šolskimi dejavnostmi mladostnikov (Friend, et al., 2014; Tucker & Lanningham-Foster, 2015). Takšen pristop je ustrezen tako zaradi zagotavljanja enakopravnega dostopa do storitev kot tudi zaradi trenda omejevanja rabe informacijsko-komunikacijske tehnologije pri otrocih (Minges, et al., 2015).

V okviru našega pregleda literature lahko učinek uporabe zdravstvenega coachinga pri mlajših od 18 let le s težavo ovrednotimo, saj sta njegove učinke pri tej populaciji objektivno merili le dve vključeni raziskavi. Ena izmed raziskav sicer poroča o dobrih rezultatih pri izgubi telesne mase, bolj zdravih prehranskih navadah in boljšem psihosocialnem zdravju mladostnikov (Nguyen, et al., 2013). V drugi raziskavi pa so kot opazovani izid spremljali spremembo telesne mase sodelujočih otrok, pri čemer niso ugotovili statistično značilnih razlik, kljub temu da so bili vključeni otroci po zaključku programa bolj telesno dejavni in so poročali o bolj zdravih prehranjevalnih navadah (Tucker & Lanningham-Foster, 2015). Avtorji raziskave sicer poudarjajo, da so lahko majhne spremembe v posameznikovem vedenju spodbuden

rezultat za intervencijo, ki deluje na populacijski ravni.

Da je zdravstveni coaching učinkovit pristop zdravstvene vzgoje, so ugotovili tudi avtorji podobnih pregledov literature (Kivelä, et al., 2014; Oliveira, et al., 2017; Barakat, et al., 2018), ki se sicer niso osredotočali na mladostnike. Ugotovili so, da lahko z uporabo zdravstvenega coachinga učinkovito vplivamo na razpoloženje, kakovost življenja in telesno dejavnost pacientov, ki so preboleli rakavo obolenje (Barakat, et al., 2018), na telesno dejavnost starostnikov (Oliveira, et al., 2017) in na izboljšanje duševnih sposobnosti, nadzorovanje telesne mase in telesno dejavnost v populaciji kroničnih bolnikov (Kivelä, et al., 2014).

S pregledom literature smo identificirali precej nizko število dokumentov, ki ustrezajo vključitvenim kriterijem, kar bi lahko bila posledica iskanja literature, objavljene od leta 2013 dalje. Za analizo večjega nabora raziskav bi bilo smiselno iskati literaturo, ki je bila objavljena tudi pred letom 2013. Druga omejitev pregleda literature je pomanjkanje analize slovenskega znanstvenoraziskovalnega dela na področju zdravstvenega coachinga. Pred implementacijo pristopa v slovensko okolje bi bilo smiselno izvesti empirično znanstvenoraziskovalno delo. Predstavljen pregled literature torej ne more oceniti uspešnosti morebitne implementacije pristopa v Sloveniji, s predstavitev tujih znanstvenoraziskovalnih del pa lahko pripomore k načrtovanju znanstvenoraziskovalnega dela v slovenskem prostoru. Naslednja omejitev pregleda literature je vključitev intervencij zdravstvenega coachinga, ki so bile usmerjene na osebe, mlajše od 35 let. Pri izdelavi podobnih pregledov literature v prihodnosti bi bilo smiselno razmisliti tudi o usmeritvi k populaciji staršev. V rezultatih pregleda smo namreč zasledili, da starši pomembno vplivajo na prehranjevalne navade otrok, kar je treba upoštevati pri snovanju intervencij zdravstvenega coachinga (Ige, et al., 2017). Ta podatek namiguje tudi na morebitne razloge za nizko število identificiranih raziskav populacije, mlajše od 18 let. Prav tako smo identificirali nizko število raziskav, osredotočenih na uporabo zdravstvenega coachinga za zmanjševanje tveganega pitja alkohola in kajenja. Zato bi bilo smiselno izvesti usmerjen pregled literature z vključevanjem raziskav, ki analizirajo uporabnost zdravstvenega coachinga izključno pri vplivanju na tvegano pitje alkohola ali kajenje, in ne zgolj tistih, ki hkrati obravnavajo več dejavnikov tveganja pri nezdravem življenjskem slogu.

Zaključek

Pregled literature opozarja na pomanjkanje raziskav oziroma na nezadostno celovitost intervencij za ustrezno obravnavo multiplih dejavnikov tveganja v povezavi z nezdravim življenjskim slogom najbolj ogrožene populacije mladih in mladih odraslih. Še posebej jasno pregled literature prikazuje nezadostno upoštevanje nezdravih vedenjskih vzorcev kajenja in

škodljivega uživanja alkohola pri celoviti podpori za spremembo življenjskega sloga posameznika. Pristop zdravstvenega coachinga je možen način odprave in preprečevanje multiplih dejavnikov tveganja pri nezdravem življenjskem slogu med mladimi. Avtorji nekaterih zajetih raziskav poročajo o skromnih spremembah vedenjskih vzorcev, povezanih z zdravim življenjskim slogom. Implementacija zdravstvenega coachinga v proces zdravstvene vzgoje mora zato temeljiti na premišljeni zasnovi in neprekinjeni evalvaciji uspešnosti in učinkovitosti. S pregledom literature smo predstavili ozko, vendar zaradi večje prevalence dejavnikov tveganja pri nezdravem življenjskem slogu v ciljni populaciji zelo pomembno raziskovalno področje.

Zahvala / Acknowledgement

Želimo se zahvaliti prof. dr. Lijani Zaletel Kragelj, dr. med., za podporo pri metodološki zasnovi članka. / We wish to thank Prof. Lijana Zaletel Kragelj, MD, PhD. for the support with the methodological design of the article.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorja izjavljata, da ni nasprotja interesov. / The authors confirm that there are no known conflicts of interest associated with this publication.

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

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

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prvi avtor je opravil pregled literature in vsebinsko zasnoval vse dele preglednega članka. Druga avtorica je identificirala relevantno izhodiščno literature in definirala teoretična izhodišča članka. Sodelovala je tudi pri ocenjevanju metodološke ustreznosti vključene literature, oblikovanju razprave in identifikaciji glavnih zaključkov članka. / The first author conducted the literature review and designed all structural parts of the article. The second author identified relevant references and defined the theoretical background of the article. She also participated in the methodological appraisal of the included literature, discussion of the results and identification of the fundamental findings in the article.

Literatura

- Aleksandrova, K., Pischon, T., Jenab, M., Bueno-de-Mesquita, H.B., Fedirko, V., Norat, T., et al., 2014. Combined impact of healthy lifestyle factors on colorectal cancer: a large European cohort study. *BMC Medicine*, 12(1), art. ID 168. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0168-4> PMID: 25319089; PMCID: PMC4192278
- Allman-Farinelli, M., Partridge, S.R., McGeechan, K., Balestracci, K., Hebden, L., Wong, A., et al., 2016. A mobile health lifestyle program for prevention of weight gain in young adults (TXT2BFiT): nine-month outcomes of a randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 4(2), art. ID e78. <https://doi.org/10.2196/mhealth.5768> PMID:27335237; PMCID:PMC4935797
- An, L.C., Demers, M.R.S., Kirch, M.A., Considine-Dunn, S., Nair, V., Dasgupta, K., et al., 2013. A randomized trial of an avatar-hosted multiple behavior change intervention for young adult smokers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2013(47), pp. 209–215. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/igt021> PMID:24395994; PMCID:PMC3881995
- Barakat, S., Boehmer, K., Abdelrahim, M., Ahn, S., Al-Khateeb, A.A., Villalobos, N.Á., et al., 2018. Does health coaching grow capacity in cancer survivors: a systematic review. *Population Health Management*, 21(1), pp. 63–81. <https://doi.org/10.1089/pop.2017.0040> PMID:28636526
- Chib, A. & Lin, S.H., 2018. Theoretical advancements in mHealth: a systematic review of mobile apps. *Journal of Health Communication*, 23(10/11), pp. 909–955. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1544676> PMID:30449261
- Chomistek, A.K., Chiuve, S.E., Eliassen, A.H., Mukamal, K.J., Willett, W.C. & Rimm, E.B., 2015. Healthy lifestyle in the primordial prevention of cardiovascular disease among young women. *Journal of the American College of Cardiology*, 65(1), pp. 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.10.024> PMID:25572509; PMCID:PMC4291551
- Clarivate Analytics, 2018. EndNote online: *help documentation*. Available at: https://support.clarivate.com/Endnote/s/article/EndNote-online-Help-Documentation?language=en_US [9. 5. 2020].
- Cukjati, B., 2009. Osebni coaching: prvi korak do spremembe. *HRM: strokovna revija za ravnanje z ljudmi pri delu*, 7(29), pp. 22–25.
- Davies, R., 2013. Addressing unhealthy individual lifestyle choices-education, health promotion and patient engagement. *Scottish Universities Medical Journal*, 2(1), pp. 31–36.

- Davis, S.F., Ellsworth, M.A., Payne, H.E., Hall, S.M., West, J.H. & Nordhagen, A.L., 2016. Health behavior theory in popular calorie counting apps: a content analysis. *JMIR mHealth and uHealth*, 4(1), art. ID e19.
<https://doi.org/10.2196/mhealth.4177>
PMid:26935898; PMCID:PMC4795330
- Farhud, D.D., 2015. Impact of lifestyle on health. *Iranian Journal of Public Health*, 44(11), pp. 1442–1444.
- Fidanci, I., Ozturk, O. & Unal, M., 2017. Transtheoretic model in smoking cessation. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 34(1), pp. 9–13.
- Friend, S., Flattum, C.F., Simpson, D., Nederhoff, D.M. & Neumark-Sztainer, D., 2014. The researchers have left the building: what contributes to sustaining school-based interventions following the conclusion of formal research support. *The Journal of school health*, 84(5), pp. 326–333.
<https://doi.org/10.1111/josh.12149>
PMid:24707927; PMCID:PMC3982199
- Gigafida 2.0, 2020. *Korpus pisne standardne slovenščine*. Available at: <https://viri.cjvt.si/gigafida> [20. 8. 2020].
- Hafner, M.B., Kolšek, M. & Rebek K., 2014. Alcohol drinking among students of the University of Ljubljana. *Slovenian Journal of Public Health*, 53(3), pp. 255–261.
<https://doi.org/10.2478/sjph-2014-0027>
- Hong, Q.N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., et al., 2018. Mixed methods appraisal tool (MMAT), version 2018. *Registration of Copyright (#1148552)*, Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada. Available at: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf [18. 11. 2019].
- Ige, T.J., DeLeon, P. & Nabors, L., 2017. Motivational interviewing in an obesity prevention program for children. *Health Promotion Practice*, 18(2), pp. 263–274.
<https://doi.org/10.1177/1524839916647330>
PMid:27199150
- Khaw, K-T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R. & Day, N., 2008. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. *PLoS Medicine*, 5(3), art. ID e70.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050070>
PMCID:PMC2270302
- Kivelä, K., Elo, S., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M., 2014. The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 97(2), pp. 147–157.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.026>
PMid:25127667
- Koprivnikar, H. & Korošec, A., 2015. Age at smoking initiation in Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*, 54(4), pp. 274–281.
<https://doi.org/10.1515/sjph-2015-0036>
PMid:27647413; PMCID:PMC4820205
- Laitinen, T.T., Pahkala, K., Venn, A., Woo, J.G., Oikonen, M., Dwyer T., et al., 2013. Childhood lifestyle and clinical determinants of adult ideal cardiovascular health: the cardiovascular risk in young Finns study, the childhood determinants of adult health study, the Princeton follow-up study. *International Journal of Cardiology*, 169, pp. 126–132.
<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.08.090>
PMid:24075574; PMCID:PMC3863693
- Larsson, S.C., Akesson, A. & Wolk, A., 2015. Primary prevention of stroke by a healthy lifestyle in a high-risk group. *Neurology*, 84(22), pp. 2224–2228.
<https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001637>
PMid:25934859; PMCID:PMC4456657
- Lee, K.S., Lee, J.K. & Yeun, Y.R., 2017. Effects of a 10-day intensive health promotion program combining diet and physical activity on body composition, physical fitness, and blood factors of young adults: a randomized pilot study. *Medical Science Monitor*, 23, pp. 1759–1767.
<https://doi.org/10.12659/MSM.900515>
PMid:28399076; PMCID:PMC5398424
- Liddy, C., Johnston, S., Nash, K., Ward, N. & Irving, H., 2014. Health coaching in primary care: a feasibility model for diabetes care. *BMC Family Practice*, 15, p. 60.
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-60>
PMid:24708783; PMCID:PMC4021256
- Minges, K.E., Owen, N., Salmon, J., Chao, A., Dunstan, D.W. & Whittemore, R., 2015. Reducing youth screen time: qualitative metasynthesis of findings on barriers and facilitators. *Health Psychology*, 34(4), pp. 381–397.
<https://doi.org/10.1037/hea0000172>
PMid:25822054; PMCID:PMC4456186
- Mitchell, G.J., Cross, N., Wilson, M., Biernacki, S., Wong, W., Adib, B., et al., 2013. Complexity and health coaching: synergies in nursing. *Nursing Research and Practice*, 2013, art. ID 238620.
<https://doi.org/10.1155/2013/238620>
PMid:24102025; PMCID:PMC3786472
- Modave, F., Bian, J., Leavitt, T., Bromwell, J., Harris I, C. & Vincent, H., 2015. Low quality of free coaching apps with respect to the American College of Sports Medicine Guidelines: a review of current mobile apps. *JMIR mHealth and uHealth*, 3(3), art. ID e77.
<https://doi.org/10.2196/mhealth.4669>
PMid:26209109; PMCID:PMC4529492

- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., et al., 2015. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), p. 1.
<https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
PMid:25554246; PMCID:PMC4320440
- Munda, D., Hlastan, R.C. & Čuček, T.K., 2016. Uživanje alkohola med študenti zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(3), pp. 232–237.
<https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.3.83>
- Neuner-Jehle, S., Schmid, M. & Grüninger, U., 2013. The 'health Coaching' programme: a new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. *BMC Family Practice*, 14, art. ID 100.
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-100>
PMid:23865509; PMCID:PMC3750840
- Nguyen, B., Shrewsbury, V.A., O'Connor, J., Steinbeck, K.S., Hill, A.J., Shah S., et al., 2013. Two-year outcomes of an adjunctive telephone coaching and electronic contact intervention for adolescent weight-loss maintenance: the Loozit randomized controlled trial. *International Journal of Obesity*, 37(3), pp. 468–472.
<https://doi.org/10.1038/ijo.2012.74>
PMid:22584456
- Oliveira, J.S., Sherrington, C., Amorim, A.B., Dario, A.B. & Tiedemann, A., 2017. What is the effect of health coaching on physical activity participation in people aged 60 years and over: a systematic review of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine*, 51(19), pp. 1425–1432.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096943>
PMid:28320732
- Olsen, J.M. & Nesbitt, B.J., 2010. Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: an integrative review. *American Journal of Health Promotion*, 25(1), pp. e1–e12.
<https://doi.org/10.4278/ajhp.090313-LIT-101>
PMid:20809820
- Palmer, S., 2004. Health coaching: a developing field within health education. *Health Education Journal*, 63(2), pp.189–191.
<https://doi.org/10.1177/001789690406300208>
- Paulin, S., Truden-Dobrin, P. & Simon, R.M., 2016. Cilji v zdravju otrok in mladostnikov ter ureditev preventivnega zdravstvenega varstva. In: Nacionalni inštitut za javno zdravje. *Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju otrok in mladostnikov*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 8–20.
- Pečelin, S. & Sočan, M., 2016. Referenčne ambulate: izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 157–162.
<https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.82>
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2012. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, pp. 25–33.
- Poplas, S.T., 2017. Referenčne ambulate družinske medicine: primer medpoklicnega sodelovanja v zdravstvenem timu. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp. 112–115.
<https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.2.179>
- Sandrick, J., Tracy, D., Eliasson, A., Roth, A., Bartel, J., Simko, M., et al., 2017. Effect of a counseling session bolstered by text messaging on self-selected health behaviors in college students: a preliminary randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 5(5), art. ID e67.
<https://doi.org/10.2196/mhealth.6638>
PMid:28526664; PMCID:PMC5451640
- Santana, M.J., Manalili, K., Jolley, R.J., Zelinsky, S., Quan, H., & Lu, M., 2018. How to practice person-centred care: a conceptual framework. *Health Expectations*, 21(2), pp. 429–440.
<https://doi.org/10.1111/hex.12640>
PMid:29151269; PMCID:PMC5867327
- Song, M. & Giovannucci, E., 2016. Preventable incidence and mortality of carcinoma associated with lifestyle factors among white adults in the United States. *JAMA Oncology*, 2(9), pp. 1154–1161.
<https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.0843>
PMid:27196525; PMCID:PMC5016199
- Stephens, J.D., Yager, A.M. & Allen, J., 2017. Smartphone technology and text messaging for weight loss in young adults. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(1), pp. 39–46.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000307>
PMid:26646593; PMCID:PMC4896848
- Svetkey, L.P., Batch, B.C., Lin, P.H., Intille, S.S., Corsino, L., Tyson, C.C., et al., 2015. Cell phone intervention for you (CITY): a randomized, controlled trial of behavioral weight loss intervention for young adults using mobile technology. *Obesity*, 23(11), pp. 2133–2141.
<https://doi.org/10.1002/oby.21226>
PMid:26530929; PMCID:PMC4636032
- Tucker, S. & Lanningham-Foster L.M., 2015. Nurse-led school-based child obesity prevention. *The Journal of School Nursing*, 31(6), pp. 450–466.
<https://doi.org/10.1177/1059840515574002>
PMid:25747899
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T., 2013. Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), pp. 398–405.
<https://doi.org/10.1111/nhs.12048>
PMid:23480423
- Vinko, M., Bric, K.T., Korošec, A., Tomšič, S., Vrdelja, M. eds., 2018. *Kako skrbimo za zdravje: z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Wolever, R.Q., Simmons, L.A., Sforzo, G.A., Dill, D., Kaye, M., Bechard, E.M., et al., 2013. A systematic review of the literature on health and wellness coaching: defining a key behavioral intervention in healthcare. *Global advances in health and medicine*, 2(4), pp. 38–57.

<https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.042>

PMid:24416684; PMCID:PMC3833550

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

Zaletel, M., Vardič, D., Hladnik, M. eds., 2018. *Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Citirajte kot / Cite as:

Drnovšek, R. & Kvas, A., 2020. Zdravstveni coaching kot pristop zdravstvene vzgoje k zdravemu življenjskemu slogu mladih: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(4), 326–337. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.4.3010>

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 2020 Letnik / Volume 54

KAZALO / CONTENTS

Glavna in odgovorna urednica / *Editor in Chief and Managing Editor*
doc. dr. Mateja Lorber, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Urednika, izvršna urednika / *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*

doc. dr. 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. Sabina Ličen, doc. dr. Mateja Lorber, izr. prof. Miha Lučovnik,
izr. prof. dr. Fiona Murphy, dr. Alvisa Palese, viš. pred. Petra Petročnik, doc. dr. Mirko Prosen,
prof. dr. Árún K. Sigurdardóttir, red. prof. dr. Brigita Skela-Savič,
viš. pred. dr. Tamara Štemberger Kolnik, prof. dr. Debbie Tolson, asist. dr. Dominika Vrbnjak

Lektorice za slovenščino / *Readers for Slovenian*

Simona Jeretina

Lektorici za angleščino / *Reader for English*

lekt. mag. Nina Bostič Bishop, lekt. dr. Martina Paradiž

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**

Prelom / *Designed by*

Nataša Artiček – Vizuart, s. p.

Tisk / *Printed by*

Tiskarna knjigoveznica Radovljica d. o. o.

UVODNIK / EDITORIAL

- It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: marking the International Year of the Nurse and the Midwife
 Čas je za klinične specializacije in napredno zdravstveno nego: ob mednarodnem letu medicinskih sester in babic
Brigita Skela-Savič 4
- Social stigma in the time of coronavirus (COVID-19): an epidemic we must not remain silent about
 Družbena stigmatizacija v času koronavirusne bolezni (COVID-19): epidemija, o kateri ne smemo molčati
Mirko Prosen 100
- Health literacy: the key to better health
 Zdravstvena pismenost: ključ do boljšega zdravja
Tamara Štemberger Kolnik 196
- Let us not neglect or even put it aside: palliative care as an integral part of the right to life and dignified end of life
 Paliativna oskrba naj ne bo zanemarjena ali celo potisnjena na stranski tir: paliativna oskrba kot sestavni del pravice do življenja in dostojanstvenega konca življenja
Andraž Teršek 272
- IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE**
- Potrebe svojcev pacientov po nezgodni poškodbi glave: kvalitativna raziskava
 Family members' needs after a traumatic brain injury: a qualitative study
Klavdija Potočnik, Janez Ravnik, Mateja Lorber 12
- Izkušnje partnerjev s prisotnostjo pri porodu: kvalitativna deskriptivna raziskava
 Partners' experiences related to their presence at childbirth: a qualitative descriptive research
Anita Bezeljak, Ana Polona Mivšek, Petra Petročnik 21
- Veljavnost in zanesljivost vprašalnika o potencialnih dejavnikih stresa zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah: kavzalno-neeksperimentalna metoda
 Validity and reliability of a questionnaire on potential stressors for nursing care staff in Slovenian hospitals: a causal non-experimental method
Mojca Dobnik, Matjaž Maletič, Brigita Skela-Savič 29
- Znanje, odnos in dojemanje dela s starejšimi osebami pri zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše: eksplorativna raziskava
 Knowledge, attitude and understanding of work with the elderly of nursing care employees in nursing homes: explorative research
Brigita Skela-Savič, Simona Hvalič Touzery 38
- Clinical features in adult multiple sclerosis patients: a cross-sectional study
 Klinične značilnosti odraslih pacientov z multiplo sklerozo: presečna raziskava
Matej Koprivnik, Tanja Hojs Fabjan 104
- Prilagoditev in psihometrična validacija Lestvice profesionalnih kompetenc medicinskih sester v izrednih razmerah v času epidemije SARS-CoV-2 (COVID-19) v Sloveniji
 Adaptation and psychometric validation of the Disaster Nursing Core Competencies Scale during the time of the SARS-CoV-2 (COVID-19) epidemic in Slovenia
Mirko Prosen, Sabina Ličen, Igor Karnjuš 113

Ocena odnosa medicinskih sester do pacienta v forenzični psihiatriji: opisna neeksperimentalna kvantitativna raziskava Assessing nurses' attitudes towards patients in forensic psychiatry: non-experimental descriptive quantitative research <i>Vanda Cerar, Branko Bregar</i>	122
Quality of life of alcohol-dependent adults: a mixed-methods study Kakovost življenja odraslih, odvisnih od alkohola: raziskava mešanih metod <i>Klavdija Čuček Trifkovič, Blanka Kores Plesničar, Alenka Kobolt, Margaret Denny, Suzanne Denieffe, Leona Cilar</i>	204
Kultura rojevanja na Goriškem v 20. stoletju: kvalitativna analiza porodnih zgodb Childbearing culture in the Goriška region in the 20th century: a qualitative analysis of birth stories <i>Neli Kocijančič, Mirko Prosen</i>	214
Spolna disfunkcija pri slovenskih pacientih z multiplo sklerozo: presečna raziskava Sexual dysfunction in Slovenian patients with multiple sclerosis: a cross sectional study <i>Anita Pirečnik Noč, Saša Šega Jazbec, Christian Gostečnik</i>	223
Pregled publiciranja izbranih bibliografskih enot visokošolskih učiteljev strokovnih predmetov zdravstvene nege: retrospektivna raziskava A review of publishing selected bibliographic units by lecturers of professional subjects in the study programme of nursing: a retrospective study <i>Branko Bregar, Jure Rašić</i>	230
The influence of international mobility programmes on nursing students' personal and professional development: a descriptive research Vpliv mednarodnih programov mobilnosti na osebno in profesionalno rast študentov zdravstvene nege: opisna raziskava <i>Igor Karnjuš, Mirko Prosen, Boško Krivičič, Sabina Ličen</i>	279
Etični konflikti med medicinskimi sestrami v intenzivni enoti Ethical conflicts among nurses in intensive care units <i>Katja Naraločnik, Barbara Donik, Sergej Kmetec, Zvonka Fekonja</i>	289
Vrednotenje zahtevnosti zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: opisna raziskava Evaluation of nursing care intensity in the intensive care unit: a descriptive research <i>Elvina Okanović, Melita Peršolja</i>	297
Odnos Rominj do reproduktivnega zdravja in do stika z ginekološkimi zdravstvenimi službami: kvalitativna opisna raziskava Attitudes of the Roma women towards reproductive health and their experience with gynaecological health service providers: a qualitative descriptive research <i>Marjeta Logar Čuček</i>	304

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

Zdravstvena nega pacienta, ki je samomorilno ogrožen: pregled literature Nursing of patients at a risk of suicide: literature review <i>Petra Vršnik, Branko Bregar</i>	52
Opis, analiza in vrednotenje teorije medosebnih odnosov Hildegard E. Peplau v pediatrični zdravstveni negi Description, analysis and evaluation of the Interpersonal Relations Theory by Hildegard E. Peplau in pediatric nursing <i>Leona Cilar, Majda Pajnkihar</i>	64

Gamification in nursing: a literature review Igrifikacija v zdravstveni negi: pregled literature <i>Nino Fijačko, Lucija Gosak, Nika Debeljak, Pavel Skok, Gregor Štiglic, Leona Cilar</i>	133
Vpliv medpoklicnega izobraževanja medicinskih sester na njihovo medpoklicno sodelovanje: sistematični pregled literature The impact of nurses' inter-professional education on their inter-professional collaboration: a systematic literature review <i>Tina Kamenšek, Matic Kavčič, Barbara Domajnko</i>	153
Varnost pri aplikaciji intramuskularne injekcije: sistematični pregled literature Safety in the administration of an intramuscular injection: a systematic literature review <i>Alenka Senekovič, Zvonka Fekonja, Dominika Vrbnjak</i>	164
Experiences of individuals with various sexual orientations with healthcare professionals: integrative literature review Izkušnje posameznikov različne spolne usmerjenosti z zdravstvenimi delavci: integrativni pregled literature <i>Tilen Tej Krnel, Brigita Skela-Savič</i>	241
Uporaba in učinkovitost glasbene terapije v enoti intenzivne terapije: sistematični pregled literature The use and effectiveness of music therapy in an intensive care unit: a systematic literature review <i>Tanja Zadravec, Dušan Mekiš, Sergej Kmetec, Dominika Vrbnjak</i>	315
Zdravstveni coaching kot pristop zdravstvene vzgoje k zdravemu življenjskemu slogu mladih: pregled literature Health coaching as a new approach in health education for a healthy lifestyle of young people: a literature review <i>Rok Drnovšek, Andreja Kvas</i>	326

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

Citiranje diplomskega, magistrskega dela, doktorske disertacije:

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

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

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

Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov:

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

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

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

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

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

Citiranje zgoščenk (CD-ROM):

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

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

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

1. Naslovna stran, ki vključuje:

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

Zahvala / Acknowledgements

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

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

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

Prispevek avtorjev / Author contributions

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

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

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

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

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

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

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

Članki 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].

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 Gregar, PhD, RN, Assistant Professor**, 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, Associate Professor**, University Medical Centre Ljubljana, Division of Gynaecology and Obstetrics, 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
- **Petra Petročnik, MSc (UK), RM, Senior Lecturer**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **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, Professor**, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia
- **Tamara Štemberger Kolnik, PhD, MSc, BSN, Senior Lecturer**, Primary Healthcare Centre Ilirska Bistrica, 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

Reader for Slovenian

Simona Jeretina, BA

Readers for English

Nina Bostič Bishop, MA, BA

Martina Paradiž, PhD, BA

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

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

Official web page: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/>

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

Print run: 580 copies

Designed by: Nataša Artiček – Vizuart, s. p.

Printed by: Tiskarna knjigovoznica Radovljica d. o. o.

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.

The journal is published with the financial support of Slovenian Research Agency.

Kazalo / Contents

UVODNIK / EDITORIAL

Let us not neglect or even put it aside: palliative care as an integral part of the right to life and dignified end of life

Paliativna oskrba naj ne bo zanemarjena ali celo potisnjena na stranski tir: paliativna oskrba kot sestavni del pravice do življenja in dostojanstvenega konca življenja

Andraž Teršek

272

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

The influence of international mobility programmes on nursing students' personal and professional development: a descriptive research

Vpliv mednarodnih programov mobilnosti na osebno in profesionalno rast študentov zdravstvene nege: opisna raziskava

Igor Karnjuš, Mirko Prosen, Boško Krivičič, Sabina Ličen

279

Etični konflikti med medicinskimi sestrami v intenzivni enoti

Ethical conflicts among nurses in intensive care units

Katja Naraločnik, Barbara Donik, Sergej Kmetec, Zvonka Fekonja

289

Vrednotenje zahtevnosti zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: opisna raziskava

Evaluation of nursing care intensity in the intensive care unit: a descriptive research

Elvina Okanovič, Melita Peršolja

297

Odnos Rominj do reproduktivnega zdravja in do stika z ginekološkimi zdravstvenimi službami: kvalitativna opisna raziskava

Attitudes of the Roma women towards reproductive health and their experience with gynaecological health service providers: a qualitative descriptive research

Marjeta Logar Čuček

304

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

Uporaba in učinkovitost glasbene terapije v enoti intenzivne terapije: sistematični pregled literature

The use and effectiveness of music therapy in an intensive care unit: a systematic literature review

Tanja Zadravec, Dušan Mekiš, Sergej Kmetec, Dominika Vrbnjak

315

Zdravstveni coaching kot pristop zdravstvene vzgoje k zdravemu življenjskemu slogu mladih: pregled literature

Health coaching as a new approach in health education for a healthy lifestyle of young people: a literature review

Rok Drnovšek, Andreja Kvas

326

