

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



56(2)
Ljubljana 2022

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

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

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

Ustanovitelj in izdajatelj:

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

Glavna in odgovorna urednica:

izr. prof. dr. Mateja Lorber

Urednik, izvršni urednik:

izr. prof. 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 veleučilišče Zagreb, Hrvaška
- **izr. prof. dr. Vladimír Kališ**, Karlova Univerza, Univerzitetna bolnišnica Pilsen, Oddelek za ginekologijo in porodništvo, Češka
- **doc. dr. Igor Karnjuš**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **asist. Petra Klanjšek**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **pred. mag. Klavdija Kobal Straus**, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- **Martina Kocbek Gajšt**, Karlova Univerza, Inštitut za zgodovino Karlove Univerze in Arhiv Karlove Univerze, Češka
- **doc. dr. Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **izr. prof. dr. Sabina Ličen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **izr. prof. 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
- **izr. prof. 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
- **doc. 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

Lektorici za slovenščino:

Simona Gregorčič

Tonja Jelen

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: 530 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.

Objavljeni prispevki izražajo stališča avtorjev in ne nujno stališča uredništva.

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 2022 Letnik 56 Številka 2
Ljubljana 2022 Volume 56 Number 2

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

NAMEN IN CILJI

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

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

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

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

Obzornik zdravstvene nege indeksirajo: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), ProQuest (ProQuest Online Information Service), Crossref (Digital Object Identifier (DOI) Registration Agency), COBIB.SI (Vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov), Biomedicina Slovenica, dLib.si (Digitalna knjižnica Slovenije), ERIH PLUS (European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences), DOAJ (Directory of Open Access Journals), J-GATE, 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**

- The importance of financial literacy in nursing: A call for action
Pomen finančne pismenosti v zdravstveni negi: poziv k ukrepanju 100
Aysun Bayram, Alvisa Palese

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Kulturna kompetentnost v slovenski bolnišnični prehrani: kvalitativna opisna raziskava
Cultural competence in Slovenian hospital nutrition: A qualitative descriptive study 105
Helena Kristina Halbwachs, Marija Ovsenik

- Uporaba Edinburške lestvice poporodne depresije za presejanje očetov na poporodno depresijo:
pilotna raziskava
Use of the Edinburgh postpartum depression scale for screening new fathers for postpartum
depression: A pilot study 117
Anel Karić, Ana Polona Mivšek

- Zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem: opisna raziskava
Satisfaction of nursing students with clinical practice: A descriptive research 123
Anet Rožnik, Anika Božič, Mirko Prosen, Sabina Ličen

- Odnos študentk in študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti: kvantitativna opisna raziskava
Attitudes of female and male nursing students towards homosexuality: A quantitative descriptive research 132
Rebeka Lekše, Ana Marija Capuder, Aleš Vehar, Katja Vehar, Sabina Ličen

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Prehranjevanje oseb z napredovalo demenco: integrativni pregled literature
Nutrition of people with advanced dementia: An integrative literature review 141
Petra Florjančič, Marija Milavec Kapun

Editorial/Uvodnik

The importance of financial literacy in nursing: A call for action

Pomen finančne pismenosti v zdravstveni negi: poziv k ukrepanju

Aysun Bayram^{1,2}, Alvisa Palese^{1,*}

Financial literacy refers to a process in finance based on knowledge, skills and attitudes, enabling people to make significant financial decisions and ensuring their well-being (OECD, 2020; PISA, 2021). This process is undertaken daily by thousands of people in many circumstances, for example when opening a bank account or investing money (European Commission, 2022; PISA, 2021). Nevertheless, the findings of the Organisation for Economic Co-operation and Development/International Network on Financial Education (OECD/INFE) surprisingly show that almost half of the adult population in the world achieves a low financial literacy score (on average 60.5%) and is not familiar with financial literacy and its main components (OECD, 2020). The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) recently recommended that countries all over the world recognize the importance of financial literacy by increasing people's financial knowledge, promoting well-being and resilience through finance and simplifying the decisions in this field (OECD, 2022). These investments may also help to shape private future plans and prevent fraud, indebtedness and economic risks (European Commission, 2022).

The importance of financial issues has also increased in the health care sector as a major factor in controlling countries' financial challenges (Baicker & Chandra, 2018). According to the American College of Healthcare Executives (ACHE), financial challenges have been major issues confronting hospitals since 2004 (ACHE, 2022) and are now second only to personnel shortages due to the pandemic (ACHE, 2022). In fact, the COVID-19 pandemic is still financially challenging health care systems due to the increasing care costs, the loss of government funding and the rising costs for staff (ACHE, 2022; OECD, 2020). To cope with these challenges, health care systems should design

some strategies aimed at ensuring their survival. Nurses cannot be thought of as isolated from these organizations since their profession is vital and affects several financial issues. In fact, nursing care occupies a considerable place in hospitals' financial budget, half of which is dedicated to nurses (ACHE, 2018). Moreover, nurses' decisions could have incontrovertible power in the cost management of health care (Platt & Kwasky, 2012); they have a vital responsibility to deliver care by taking several cost-effective decisions on a daily basis (Rainbow & Steege, 2019). Nurses' decisions have increased in complexity due to the intertwined aspects of care and cost (Meyer, 2017). Integrating these aspects plays a substantial role in ensuring the best quality of nursing care to meet the expectations of citizens and organizations and in overcoming the financial challenges (Lim & Noh, 2015).

In addition, in providing care, nurses are probably expected to make decisions within an ethical framework and to be ready to face the ethical dilemmas that may emerge from the need to use materials and direct care based on cost and budget considerations. Besides, an undeniable ethical dilemma arises if financial outcomes become more important than the quality of patient care. Nurses are responsible for advocating changes in the health care system and the needs of patients to promote social justice so that everyone can have equal access to available care. Using ethical principles in the assessment of financial decisions is a significant nursing role, especially in the care of vulnerable or disadvantaged individuals. Despite all of the above mentioned elements and implications, nurses still have limited financial literacy (Lim & Noh, 2015) which, combined with their role in managing financial challenges, is a matter of rising importance (Naranjee et al., 2019). Therefore, nurses are expected to include the ability to consider financial

¹ Department of Medical Sciences, University of Udine, Viale Ungheria, 33100 Udine, Italy

² Faculty of Health Sciences, Karadeniz Technical University, Trabzon, Turkey

* Corresponding author/Korespondenčni avtor: alvisa.palese@uniud.it

Received/Prejeto: 26. 2. 2022

Accepted/Sprejeto: 3. 3. 2022



issues among their competences (González-García, Pinto-Carral, Pérez-González, & Marqués-Sánchez, 2021).

To equip future generations of nurses with financial competences, it is necessary to reflect on the factors preventing their full involvement in these issues. The first reason is nurses' limited training and education in finance as well as their low motivation and the limited management resources (Bai et al., 2017) devoted to their education to date. Moreover, nurses have been marginalised from health care decisions in the belief that the care that they deliver has a limited financial impact or because it has historically been expected that they work under the directives of other managers (e.g., doctors; Naranjee et al., 2019). In the past, nursing interventions have been seen as a cost instead of a benefit in budgeting and nurses have been viewed as unimportant decision makers compared with doctors and other health care professionals in finance (Gallup, 2010). Finance departments have also been emphasized as having a limited understanding of nurses' roles in this context. For these reasons, since the 2000s, the integration of finance into the nursing curriculum has been defended by several researchers, and the report by the Institute of Medicine (IOM) (2011) recommended the integration of business practices into the nursing curriculum. However, currently, the lack of financial education persists in the nursing curriculum (Bai et al., 2017). To promote its inclusion, there is a need to change nursing education to increase nurses' financial competences (AACN, 2007).

A fundamental class concerning finance in nursing education can authorise nurses to undertake a new course of action regarding financial issues. Increasing their knowledge might promote their decision making (Platt & Kwasky, 2012), provide the department with financial benefits, affect the costs and help in finding effective strategies to overcome the lack of resources (Penner, 2016). Besides, receiving education on financial issues can be beneficial for nurses as individuals as well as for the health care system's hospitals; in other words, both as citizens and as health care providers, nurses will become capable of defending themselves as well as promoting the extreme value of the health care system. By acquiring these competences, nurses may contribute to estimating financial implications in different settings of care, and, by informing the policy makers regarding what is important for their profession, will make it possible to meet the financial needs of different groups and address policies to them accordingly (Platt & Kwasky, 2012).

In the global economy, finance in health care has acquired a prominent and decisive role. Therefore, managing finance in health care is vital and nurses are expected to play a role in controlling financial challenges. To increase their competences in this field

and to integrate care and finance issues into the caring process, financial education must be included in the nursing curriculum. Enabling nurses to play a financial role as well, by equipping them with appropriate education, might be strategic for health, especially in difficult times such as the post-pandemic era (Ličen, 2021). Conversely, continuing to marginalize nurses from financial issues not only is a waste of resources and opportunities but also means missing out on a great opportunity to influence decisions widely when it is more difficult to act, given that nurses are present everywhere, 24/24 and 7/7.

This call for action should be considered not only in the context of undergraduate education but also in all post-graduate nursing programmes, which will prepare future leaders to face the current and future challenges. Besides education, nurses should be provided proactively with the services and support that they need to convey their thoughts on financial challenges. Providing nurses with chances to widen their knowledge about health care finance may help individuals, citizens and health care organizations to endure these difficult times and be strong in facing those yet to come.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Finančna pismenost se nanaša na preplet znanja, veščin, stališč in vedenja, usmerjenega k sprejemanju učinkovitih finančnih odločitev in doseganju finančnega blagostanja (OECD, 2020; PISA, 2021). Gre za odločitve, ki jih dnevno sprejema na tisoče ljudi v številnih okoliščinah, na primer pri odpiranju bančnega računa ali načrtovanju investicij (European Commission, 2022; PISA, 2021). Vendar pa rezultati raziskav OECD/INFE (Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj/Mednarodne mreže za finančno izobraževanje) kažejo, da ostaja stopnja finančne pismenosti skoraj polovice svetovnega odraslega prebivalstva zelo nizka (povprečno 60,5 %), prav tako pa tudi samo poznavanje tega koncepta in njegovih ključnih sestavin (OECD, 2020). OECD je državam po svetu pred kratkim podala priporočilo o prepoznavi pomena finančne pismenosti in izpopolnjevanju finančnega znanja posameznikov s ciljem spodbujanja finančne blaginje in stabilnosti ter poenostavitve odločitev na tem področju (OECD, 2022). Tovrstne naložbe lahko predstavljajo tudi precejšen doprinos pri oblikovanju posameznikovih načrtov za prihodnost ter preprečevanju goljufij, zadolženosti in gospodarskih tveganj (Evropska komisija, 2022).

Pomen finančnih izzivov se je okreplil tudi v zdravstvenem sektorju kot enem osrednjih parametrov obvladovanja finančnih vprašanj (Baicker & Chandra, 2018). Po navedbah ACHE (American College of Healthcare Executives) spadajo finančne težave med poglavitne izzive, s katerimi se bolnišnice soočajo že

od leta 2004, takoj za pomanjkanjem osebja zaradi pandemije, kar zaseda prvo mesto (ACHE, 2022). Pravzaprav pandemija COVID-19 v finančnem smislu zdravstvenim sistemom še vedno predstavlja izziv zaradi rastočih stroškov zdravstvene nege, pomanjkanja državnih sredstev ter naraščajočih kadrovskih stroškov (ACHE, 2022; OECD, 2020). Za uspešno spoprijemanje s temi izzivi bi morali zdravstveni sistemi oblikovati ustrezne strategije, usmerjene k zagotavljanju lastnega obstanka. Medicinskih sester ni mogoče obravnavati neodvisno od zdravstvenih organizacij, saj ima njihov poklic neposreden vpliv na mnoga njihova finančna vprašanja. Zdravstvena nega zavzema vodilno mesto v finančnem proračunu bolnišnic, katerega polovica je namreč namenjena medicinskim sestram (ACHE, 2018). Odločitve medicinskih sester imajo prav tako neizpodbiten vpliv na upravljanje stroškov zdravstvenega varstva (Platt & Kwasky, 2012). Medicinske sestre nosijo ključno odgovornost za zagotavljanje zdravstvene nege, pri čemer vsakodnevno sprejemajo številne stroškovno učinkovite odločitve (Rainbow & Steege, 2019). Zaradi medsebojnega prepleta različnih vidikov oskrbe in z njo povezanih stroškov postajajo te odločitve vse bolj težavne (Meyer, 2017). Integracija tovrstnih vidikov je zato ključnega pomena za zagotavljanje najboljše kakovosti zdravstvene nege in izpolnitev pričakovanj posameznikov in organizacij, prav tako pa tudi za premagovanje finančnih izzivov (Lim & Noh, 2015).

Pri izvajanju zdravstvene nege se od medicinskih sester pričakuje sprejemanje odločitev v okviru etičnih standardov, kar pomeni tudi pripravljenost na soočanje z etičnimi dilemami, izhajajočimi iz zahtev po uporabi stroškovno učinkovitejših materialov in nege. V kolikor finančni rezultati postanejo pomembnejši od kakovosti oskrbe pacientov, se nedvomno pojavi etična dilema. Ena poglobitvenih nalog medicinskih sester je zavzemanje za spremembe v zdravstvenem sistemu glede na potrebe pacientov in v skladu s spodbujanjem socialne pravičnosti oziroma zagotavljanjem enakega dostopa do storitev zdravstvene nege. Pri tem je izrednega pomena, da zdravstveni delavci pri ocenjevanju finančnih odločitev upoštevajo etična načela, zlasti pri oskrbi ranljivih ali zapostavljenih posameznikov. Vendar pa raziskave kažejo, da medicinske sestre kljub omenjenim vlogam in nalogam znotraj zdravstvenega sistema ne dosegajo ustreznih stopnje finančne pismenosti (Lim & Noh, 2015). Glede na vlogo medicinskih sester pri obvladovanju finančnih izzivov predstavlja njihova nezadostna finančna pismenost vse bolj pereč problem (Naranjee, Sibiya, & Ngxongo, 2019). Posledično je v sklop osrednjih kompetenc medicinskih sester nujno vključiti tudi sposobnost reševanja finančnih vprašanj (González-García, Pinto-Carral, Pérez-González, & Marqués-Sánchez, 2021).

Pri zagotavljanju ustreznih finančnih kompetenc prihodnjih generacij medicinskih sester je najprej

potrebno razmisliti o dejavnikih, ki preprečujejo njihovo polno vpetost v ta vprašanja. Eden od teh je omejen obseg vsebin s področja financ in managementa v sklopu njihovega dosedanjega usposabljanja in izobraževanja, prav tako pa tudi njihova nezadostna motiviranost (Bai et al., 2017). Temu lahko prištejemo še dejstvo, da zaradi prepričanja, da njihovo delo nima znatnih finančnih učinkov, oziroma je podrejeno navodilom drugega kadra (npr. zdravnikov), medicinske sestre niso vključene v proces sprejemanja odločitev o izvajanju zdravstvene nege (Naranjee et al., 2019). V preteklosti so bile intervencije zdravstvene nege pri načrtovanju proračuna pogosto obravnavane kot strošek namesto korist, medicinske sestre pa v primerjavi z zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci kot manj pomembni nosilci finančnih odločitev (Gallup, 2010). V tem kontekstu tudi finančni oddelki izkazujejo omejeno razumevanje vloge medicinskih sester. Iz tovrstnih razlogov številni raziskovalci že od začetka tretjega tisočletja zagovarjajo integracijo finančnih tem v izobraževalni proces zdravstvene nege, kar je razvidno tudi iz priporočila Inštituta za medicino (IOM, 2011) po vključitvi poslovnih praks v kurikule zdravstvene nege. Ti finančni tem za zdaj še ne naslavljajo (Bai et al., 2017). Za spodbujanje finančne pismenosti medicinskih sester je torej nujno potrebno vnesti določene spremembe v izobraževalni proces zdravstvene nege (AACN, 2007).

Temeljni predmet na temo financ v predmetniku programa zdravstvene nege lahko medicinske sestre opolnomoči za sprejemanje novih načinov ukrepanja v zvezi s finančnimi vprašanji. Poglobljanje njihovega finančnega znanja lahko posledično spodbudi tudi njihove kompetence, povezane s sprejemanjem odločitev (Platt & Kwasky, 2012), s čimer lahko organizaciji zagotovi finančne koristi, pozitivno vpliva na upravljanje stroškov, ravno tako pa lahko pripomore k oblikovanju učinkovitih strategij za premagovanje pomanjkanja virov (Penner, 2016). Izobraževanje o finančnih temah je lahko koristno tako za medicinske sestre kot posameznike kot tudi za celotne zdravstvene ustanove; z drugimi besedami: medicinske sestre se bodo sposobne braniti in spodbujati izjemno vrednost zdravstvenega sistema tako v vlogi državljanov kot tudi izvajalcev zdravstvenih storitev. S pridobitvijo finančnih kompetenc lahko medicinske sestre prispevajo k ocenjevanju finančnih posledic v različnih okoljih zdravstvene nege, z obveščanjem oblikovalcev politik o pomembnih vidikih svojega poklica pa omogočijo oblikovanje ustreznih politik za zadovoljevanje finančnih potreb različnih skupin (Platt & Kwasky, 2012).

Finance v zdravstveni negi v kontekstu svetovnega gospodarstva zavzemajo vidno in odločilno mesto. Iz tega razloga je upravljanje financ v zdravstvu ključnega pomena in se tudi pričakuje, da medicinske sestre prevzamejo aktivno vlogo pri obvladovanju finančnih izzivov. Za razširitev njihovih kompetenc

na tem področju ter vključitev vprašanj oskrbe in financ v sam proces zdravstvene nege je v učne načrte zdravstvene nege potrebno vključiti teme finančnega izobraževanja. Ustrezna izobrazba bi medicinskim sestram omogočila sodelovanje v finančnih odločitvah, kar bi pomenilo strateško prednost pri zagotavljanju zdravja, zlasti v težavnejših obdobjih, kot je to obdobje po pandemiji (Ličen, 2021). Nasprotno pa bi nadaljnja marginalizacija medicinskih sester iz finančnih vprašanj, sploh glede na njihovo vsesplošno prisotnost, pomenila ne le izgubo potrebnih sredstev in priložnosti, ampak tudi zapravljenost priložnosti za njihov širši vpliv na sprejemanje odločitev v sklopu težavnejših ukrepov.

Ta poziv k ukrepanju bi bilo potrebno upoštevati ne le v okviru dodiplomskega izobraževanja, temveč tudi v vseh podiplomskih programih zdravstvene nege, ki bodoči vodilni kader pripravljajo na soočenje s sedanji in prihodnji izzivi. Poleg izobraževanja je medicinskim sestram potrebno zagotoviti tudi ustrezne storitve in podporo pri izražanju mnenj o finančnih izzivih. Z izobraževanjem medicinskih sester o financiranju zdravstvenega varstva se lahko posameznikom, državljanom in zdravstvenim organizacijam pomaga pri premagovanju trenutnega težavnega obdobja in soočanju s prihodnjimi.

Conflict of interest/Nasprotje interesov

The authors confirm that there are no known conflict of interest./Avtorici izjavljata, da ni nasprotja interesov.

References

- American Association of Colleges of Nursing (AACN). (2007). *White paper on the education and role of the clinical nurse leader*. Retrieved February 20, 2022 from <http://aacn.nche.edu/publications/whitepapers/clinicalnurseleader07.pdf>.
- American College of Healthcare Executives (ACHE). (2018). *Top issues confronting hospitals: 2018 Chief Executive Officer. Winter 2019*. Retrieved February 15, 2022 from <https://www.ache.org/about-ache/news-and-awards/news-releases/top-issues-confronting-hospitals-in-2018>.
- American College of Healthcare Executives (ACHE). (2022). *Top issues confronting hospitals: 2021*. Retrieved 15 February 2022 from <https://www.ache.org/learning-center/research/about-the-field/top-issues-confronting-hospitals>.
- Bai, Y., Gu, C., Chen, Q., Xiao, J., Liu, D., & Tang, S. (2017). The challenges that head nurses confront on financial management today: A qualitative study. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.03.007> PMID:31406731; PMCID:PMC6626139
- Baicker, K., & Chandra, A., (2018). Challenges in understanding differences in health care spending between the United States and other high income countries. *Journal of the American Medical Association*, 319(10), 986–987. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1152> PMID:29536082
- European Commission. (2020). *Financial Literacy*. Retrieved February 15, 2022 from https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/financial-literacy_en
- Gallup, (2010). *Robert Wood Johnson Foundation: Nursing leadership from bedside to boardroom: Opinion leaders' perceptions: Top line report*. Retrieved February 15, 2022 from <https://www.rwjf.org/en/library/research/2010/01/nursing-leadership-from-bedside-to-boardroom.html>
- González-García, A., Pinto-Carral, A., Pérez-González, S., & Marqués-Sánchez, P. (2021). Nurse managers' competencies: A scoping review. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1410–1419. <https://doi.org/10.1111/jonm.13380> PMID:34018273
- Institute of Medicine (IOM). (2011). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine. In: *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health* (p. 14). Washington: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12956> PMID:24983041
- Ličen, S. (2021). Nursing education in the time of COVID-19: What has it taught us. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 4–6. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3080>
- Lim, J. Y., & Noh, W. (2015). Key components of financial analysis education for clinical nurses. *Nursing & Health Sciences*, 17(3), 293–298. <https://doi.org/10.1111/nhs.12186> PMID:25917407
- Meyer, M. (2017). Is financial literacy a determinant of health. *The Patient*, 10(4), 381–387. <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0205-9> PMID:27817182
- Naranjee, N., Sibiyi, M. N., & Ngxongo, T. S. (2019). Development of a financial management competency framework for nurse managers in public health care organizations in the province of KwaZulu-Natal, South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 11, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.100154>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). Organisation for Economic Co-operation and Development/ International Network on Financial Education (OECD/INFE) 2020 International Survey of Adult Financial Literacy. Retrieved February 15, 2022 from www.oecd.org/financial/education/launchoftheoecdinfeglobalfinancialliteracysurveyreport.htm

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2022). OECD, *Recommendation of the Council on Financial Literacy*, OECD/LEGAL/0461. Retrieved February 15, 2022 from <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0461>

Penner, S. J. (2016). *Economics and financial management for nurses and nurse leaders*. New York: Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826160027>

PISA. (2021). *Financial Literacy Analytical and Assessment Framework* (2019). Retrieved February 15, 2022 from <https://www.oecd.org/pisa/sitedocument/PISA-2021-Financial-Literacy-Framework.pdf>

Platt, M., & Kwasky, A. (2012). The current state of health economics education in nursing programs in the United States. *Academy of Health Care Management Journal*, 8(1), 2, 95–105.

Rainbow, J. G., & Steege, L. M. (2019). Transition to practice experiences of first and second career nurses: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7/8), 1193–1204. <https://doi.org/10.1111/jocn.14726>
PMid:30520187

Cite as/Citirajte kot:

Bayram, A., & Palese, A. (2022). The importance of financial literacy in nursing: A call for action. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(2), 100–104. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3166>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Kulturna kompetentnost v slovenski bolnišnični prehrani: kvalitativna opisna raziskava

Cultural competence in Slovenian hospital nutrition: A qualitative descriptive study

Helena Kristina Halbwachs^{1, 2, *}, Marija Ovsenik¹

Ključne besede: raznolikost; kultura; prilagajanje; prehrana; izzivi; razvoj

Key words: diversity; culture; adaptation; nutrition; challenges; development

¹ Alma Mater Europaea- ECM, Slovenska 17, 2000 Maribor, Slovenija

² SeneCura, Lassallerstrasse 7, Dunaj, Avstrija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
hk.halbwachs@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Upoštevanje prehranskih omejitev in načel v zvezi s kulturnim ozadjem pacientov je v bolnišnični prehrani pomembno, saj prehrana vpliva na zdravstvene izide in dolžino in stroške hospitalizacije. Ta način zahteva organizacijsko in individualno kulturno kompetentnost. Namen raziskave je bil preučiti pogled odgovornih s področja bolnišnične prehrane na kulturno kompetentnost, oceniti, ali se prehrana v bolnišnicah prilagaja kulturnemu ozadju pacientov, in identificirati izzive na tem področju.

Metode: Opravljena je bila kvalitativna raziskava z delno strukturiranimi intervjuji. Intervjuvanih je bilo štirinajst vodstvenih kadrov (vodij prehranskih služb) in drugih strokovnjakov s področja prehrane (dietetikov) iz osmih slovenskih bolnišnic. Pridobljeni podatki so bili analizirani z deduktivno vsebinsko analizo v programu Atlas.ti.

Rezultati: Sogovorniki so se zavedali raznolikosti pacientov in pomena prilagajanja prehrane kulturnemu ozadju, čeprav je koncept kulturne kompetentnosti nepoznan. Pri prilagajanju prehrane obstajajo omejitve. Znanja o kulturnih vidikih prehrane so pomanjkljiva, izobraževanja s tega področja komajda obstajajo. Razvoj kulturne kompetentnosti onemogočajo še drugi izzivi, kot so organizacijski, tehnološki in komunikacijski izzivi.

Diskusija in zaključek: S podobnimi izzivi, kot se pri nas, se srečujejo tudi v tujini. Ne glede na to, da imajo po mnenju sogovornikov pacienti v preučevanih bolnišnicah na razpolago veliko možnosti za prilagajanje prehrane, o kulturni kompetentnosti še ne moremo govoriti, saj ta koncept zajema tudi druge veščine. Za razvoj kulturne kompetentnosti tega področja se zahtevajo dodatne raziskave, možnosti izobraževanja o kulturnih vidikih prehranjevanja in zavedanje o pomembnosti storitev prehrane na vseh ravneh zdravstvenega sistema.

ABSTRACT

Introduction: Adherence to dietary restrictions and principles related to the cultural background of patients is important in hospital nutrition, as nutrition has an impact on health outcomes, as well as on the length and cost of hospitalisation. This approach requires organisational and individual cultural competence. The purpose of the study was to explore the perspective of those responsible for hospital nutrition on cultural competence, assess whether hospital nutrition is adapted to patients' cultural background and identify the challenges in this area.

Methods: A qualitative research using semi-structured interviews was conducted. We interviewed 14 food service managers and nutritionists from eight Slovenian hospitals. The data were analysed using a deductive content analysis within Atlas.ti software.

Results: The respondents were aware of the diversity of the patients and the importance of adapting the diet to the cultural background, although the concept of cultural competence is unfamiliar. There are limitations in adapting diets. Knowledge on cultural aspects of nutrition is scarce and training in this area is almost unavailable. Other challenges such as organisational, technological and communication challenges hinder the development of cultural competence.

Discussion and conclusion: Similar challenges to ours are also faced abroad. Although, according to the respondents, patients have many possibilities to adapt their diet, it would be difficult to claim that cultural competence exists, as this concept encompasses other skills as well. Further research, educational opportunities on the cultural aspects of nutrition and awareness of the importance of nutritional services at all levels in the healthcare system are needed to further develop cultural competence in this area.



Prejeto/Received: 9. 11. 2021
Sprejeto/Accepted: 7. 6. 2022

<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3149>

Uvod

Nesporno je, da naše telo za preživetje zahteva hrano in vodo, vendar je pomen prehranjevanja in pitja že zdavnaj presegel le osnovni namen preživetja (Waldstein, 2018; European Ageing Network, 2021). Prehranjevanje je v času milijonov let človeškega razvoja pod vplivom različnih kulturnih okolij postalo predmet množice raznolikih pogledov, navad in okusov (Waldstein, 2018) ter fizična manifestacija kulturnih vrednot družbe (Reddy & Anitha, 2015; Poulain, 2017; Carolan, 2022). Kulturno okolje opredeljuje, katera živila bomo izbrali, kdo jih pripravi, na kak način in s kakšnimi začimbami se pripravljajo, kako pogosti so obroki, kako jih uživamo in s kom se med prehranjevanjem družimo (Moffatt & Prowse, 2010; Waldstein, 2018). Prehranjevanje ni raznovrstno le med kulturnimi skupinami, temveč tudi znotraj iste kulture, saj nanj vpliva še veliko dejavnikov, kot so družbeni položaj, spol, starost, izobrazba, zaposlitev, ekonomski status, osebnost in okus (Helman, 2007). Prav tako postajajo ob vse večji individualizaciji družbe, za katero so značilni edinstveni načini življenja posameznikov in njihova pravica do lastnega mnenja (Hofstede, 2011), tudi prehranske navade in prepričanja vse bolj individualna.

Prehranjevanje je pomembno v vseh življenjskih obdobjih in okoliščinah, še posebno, kadar je nujna potreba po hospitalizaciji. Takrat vpliva na dolžino in stroške hospitalizacije ter na zdravstvene rezultate (Tappenden et al., 2013). Hospitalizacije so že same po sebi zelo stresne za paciente, zato se priporoča, da pacienti niso izpostavljeni dodatnemu stresu zaradi prehrane. Stres lahko povzroča prehrana, ki jim ni znana, ni pripravljena po njihovem okusu, ali ni v skladu z njihovimi navadami, prepričanja in verovanja (Alpers, 2017 cited in Alpers, 2019).

Upoštevanje kulturnega ozadja pacientov v prehrani lahko pripomore k boljšemu zaupanju do zdravstvenih delavcev in zdravstvenega sistema (Alpers, 2017 cited in Alpers, 2019) in k večjemu zadovoljstvu z zdravstveno obravnavo. Sovpada tudi s sodobnimi usmeritvami zdravstvene oskrbe, ki naj bi bila osredotočena na posameznega pacienta (Bond, 2013). Uresničevanje tega načina zahteva kulturno kompetentnost izvajalcev zdravstvene oskrbe (Seeleman, Suurmond, & Stronks, 2009; Sharifi, Adib-Hajbaghery, & Najafi, 2019).

Kulturno kompetentnost so leta 1989 v eni najbolj citiranih definicij opredelili kot skupek skladnih vedenj, odnosov in načel, ki omogočajo učinkovito delovanje v medkulturnih okoliščinah (Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1989; Handtke, Schilgen, & Mösko, 2019). Prosen (2018, p. 79–80) pravi, da so medicinske sestre in babice prve, od katerih se pričakuje, da bodo prepoznale potrebe pacientov, ki izhajajo iz kulturnega ozadja, ter (med)kulturne kompetence opredeljuje kot »takšno obliko zdravstvene ali babiške nege, ki ne

zanika vrednot, prepričanj, običajev in navad pacienta/-ke, ampak jih vključuje v načrtovanje njegove/njene oskrbe«. Tudi na področju prehrane in dietetike velja kulturna kompetentnost za eno najpomembnejših veščin in izzivov. Pomembne komponente kulturnih kompetenc na področju prehrane so občutljivost za kulturne razlike, pripravljenost spoznavati različna kulturna ozadja, prožnost v prehranskem načinu s pomočjo različnih intervencij (Curry, 2000), znanje o prehranskih navadah, željah in praksah raznolikih skupin in spoštovanje prepričanja ter vrednot pacientov (Goody & Drago, 2009). Nanaša se na skladno obravnavo vseh vrst raznolikosti (Jongen, McCalman, Bainbridge, & Clifford, 2018), kar skupaj z upoštevanjem etničnih, jezikovnih, geografskih in verskih okoliščin zajema tudi množico duhovnih, materialnih, intelektualnih in čustvenih značilnosti posameznikov ali družbenih skupin, kot tudi načine sobivanja, načine življenja, sisteme vrednot, tradicije in prepričanja (UNESCO, 2009, p. 20–21).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil preučiti pogled odgovornih s področja bolnišnične prehrane na koncept kulturne kompetentnosti in pokazati prve ugotovitve o stanju kulturne kompetentnosti na področju slovenske bolnišnične prehrane. Cilj je bil ugotoviti, kako sogovorniki vidijo trenutno stanje in izzive na področju kulturne kompetentnosti v bolnišnični prehrani, v skladu s tem pa podati priporočila za nadaljnji razvoj tega področja.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen je pogled odgovornih na področju bolnišnične prehrane na koncept kulturne kompetentnosti?
- V kolikšni meri se pri pripravi bolnišnične prehrane upoštevajo kulturno ozadje, vrednote in prepričanja pacientov?
- Kakšni so izzivi za razvoj kulturne kompetentnosti na področju bolnišnične prehrane?

Metode

Uporabili smo opisno kvalitativno metodologijo. Ta omogoča podrobno in poglobljeno razumevanje pojavov ali izkušenj, obogati ugotovitve in zagotovi vpogled in možnost za obravnavano tematiko (Kim, Sefcik, & Bradway, 2017; Doyle et al., 2020). Tudi v zdravstvu, v katerem so v preteklosti tradicionalno prevladovali kvantitativne metode, pripomorejo kvalitativne metode k poglobljenemu razumevanju klinične realnosti (Bradshaw, Atkinson, & Doody, 2017).

Opis instrumenta

Izvedli smo delno strukturirane intervjuje, ki so najbolj običajna metoda zbiranja kvalitativnih podatkov v zdravstvu (Holloway & Galvin, 2016), saj

omogočajo kompleksno obravnavo raziskovalne teme (Galletta, 2013). Na podlagi zastavljenih raziskovalnih vprašanj smo oblikovali navodila za intervju, ki so nam pomagala pri opravljanju intervjujev. Vsebovala so trinajst vprašanj v treh sestavnih delih. Prvi sestavni del se je nanašal na pogled intervjuvanca na koncept kulturne kompetentnosti (na primer: Kako razumete izraz »kulturna kompetentnost«? Kako ocenjujete potrebe po kulturni kompetentnosti v vašem delovnem okolju?). Drugi del je obravnaval prakse prilagajanje prehrane glede na kulturno ozadje in prepričanja pacientov (na primer: Na kak način pridobivate podatke o potrebah po prilagajanju prehrane glede na kulturno ozadje?). V zadnjem delu smo povpraševali o ovirah v nadaljnjem razvoju kulturne kompetentnosti v bolnišnični prehrani (na primer: Katere ovire bi morali premagati, da bi lahko omogočili večjo izbiro prehrane v skladu s kulturnim ozadjem pacientov?).

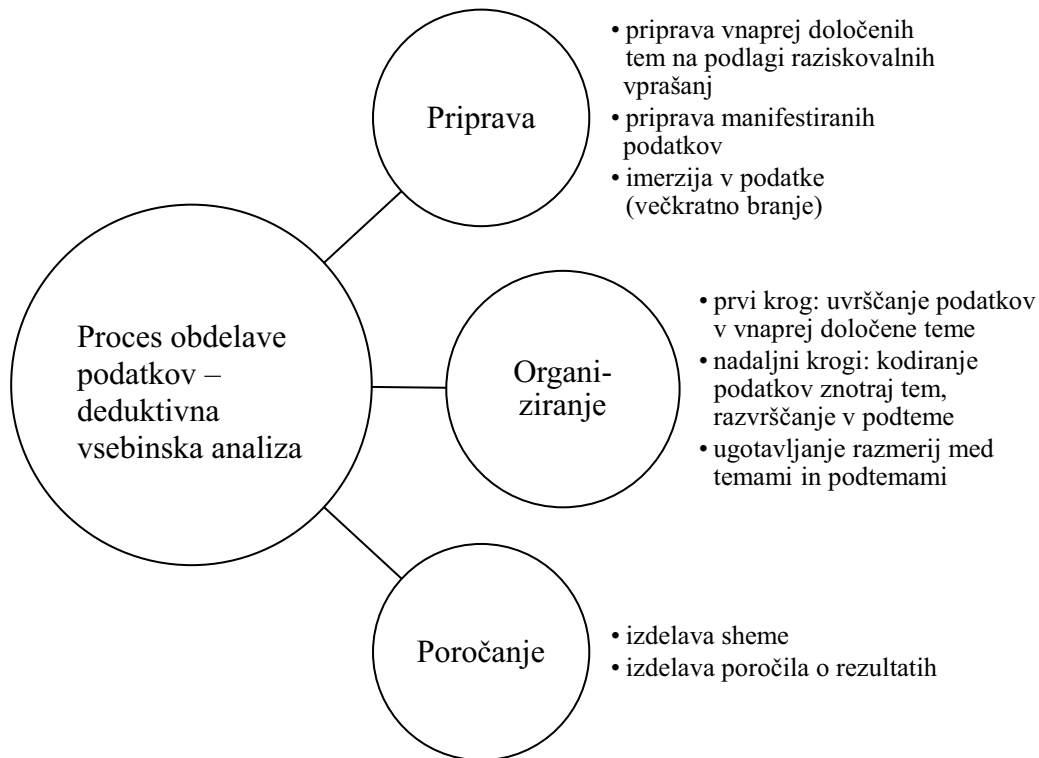
Opis vzorca

Vzorčenje sogovornikov je potekalo neslučajnostno in namensko do principa zasičenosti. Intervjuvali smo štirinajst vodstvenih kadrov in strokovnjakov s področja prehrane iz osmih slovenskih bolnišnic, od teh štiri moške in deset žensk. Polovica sogovornikov je imela dokončano izobrazbo nezdravstvene smeri (šest oseb je končalo študij živilske tehnologije, ena

oseba pa študij gostinstva), polovica sogovornikov ima opravljen študij zdravstvene nege. Vsi so imeli pridobljena različna dodatna znanja na področju klinične prehrane. Vzorec je bil geografsko uravnotežen, saj so sogovorniki prihajali iz bolnišnic, ki se nahajajo v različnih slovenskih regijah.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Intervjuje smo opravili v obdobju med marcem in septembrom 2019. Sogovornike smo seznanili z namenom in načinom poteka raziskave ter varovanjem osebnih podatkov in pridobili njihovo pisno soglasje. Opravili smo pet posamičnih intervjujev, tri diadne (z dvema sogovornikoma hkrati) in enega triadnega (trije sogovorniki hkrati). Intervjuje smo posneli z aplikacijo Voice memos. Povprečno trajanje intervjuja je bilo 29,3 minute (najdaljši 42 minut, najkrajši 17 minut). Intervjuje smo sproti transkribirali in dokumente vnašali v aplikacijo Atlas.ti, verzija 8.4.4., pri čemer je potekala nadaljnja obdelava podatkov. Pri obdelavi tekstov smo uporabili metodologijo usmerjene (deduktivne) vsebinske analize z vnaprej določenimi temami. Za tako metodologijo smo se odločili, saj je priporočljiva pri obsežnih tekstovnih podatkih (Pope, Ziebland, & Mays, 2000). Obdelavo podatkov smo izvajali po stopnjah, priporočenih od avtorjev Elo & Kyngäs (2008) (Slika 1), pri čemer je



Slika 1: Prikaz obdelave podatkov (Elo & Kyngäs, 2008)

Picture 1: Display of Data Processing (Elo & Kyngäs, 2008)

organiziranje podatkov potekalo v aplikaciji Atlas.ti. Zaradi obsežnosti podatkov smo relevantne podatke (citate) najprej uvrstili v teme, nakar smo pri nadaljnjih branjih znotraj glavnih tem podatkom določili kode in jih razvrstili v podteme. Pri tem smo si pomagali s konceptualnimi omrežji, s katerimi smo vizualno prikazali povezave med temami in podtemami.

Rezultati

Znotraj treh vnaprej določenih tem smo identificirali štiriindvajset kod, ki smo jih uvrstili v deset podtem (Tabela 1). Odnose med temami in podtemami smo opredelili s pomočjo konceptualnega omrežja v orodju Atlas.ti (Slika 2).

Tema 1: Pogled na kulturno kompetentnost

Podteme in kode teme Pogled na kulturno kompetentnost ter njihovi odnosi so prikazane s pomočjo konceptualnega omrežja na Sliki 3.

Potrebe po kulturni kompetentnosti se nanašajo na raznolikosti pacientov, čeprav podatki kažejo, da so si mnenja o pojavnosti raznolikosti nasprotujoča. Pridobili smo tako mnenja, da se raznolikost povečuje, kot tudi mnenja, da jo je bilo v preteklosti več.

»Ja, tega je več. Iz drugih kultur so se ljudje v Slovenijo kar precej preselili, tako da je tega kar precej.« (KK-PR-6)

»Včasih ... ko je bil še prostor bivše Jugoslavije, ko smo imeli paciente, ki so prihajali iz Iraka, Irana in vseh nerazvitih držav. Smo imeli mogoče več tega, več smo se s tem ukvarjali, več smo se srečevali z njimi, zdaj pa tu pa tam s kakšnim se srečamo.« (KK-PR-1)

Ni le raznolikost tista, ki narekuje potrebe po kulturni kompetentnosti, temveč so to predvsem vse večje zahteve in pričakovanja pacientov.

»To postaja čedalje bolj aktualno, zato ker pacienti in starši otrok prihajajo s čedalje bolj kompliciranimi svojimi načeli prehranjevanja in kulturnimi navadami in prehranskimi navadami in tudi osebnostno dejansko pričakujejo, kot da se bo čedalje več tega njihovega upoštevalo.« (KK-PR-11)

Sam koncept kulturne kompetentnosti je bil sicer našim sogovornikom nepoznan. Predvidevali so, da je povezan s kulturo prehranjevanja ali prilagajanjem prehrane v skladu s kulturnim ozadjem, vendar zanj še niso slišali.

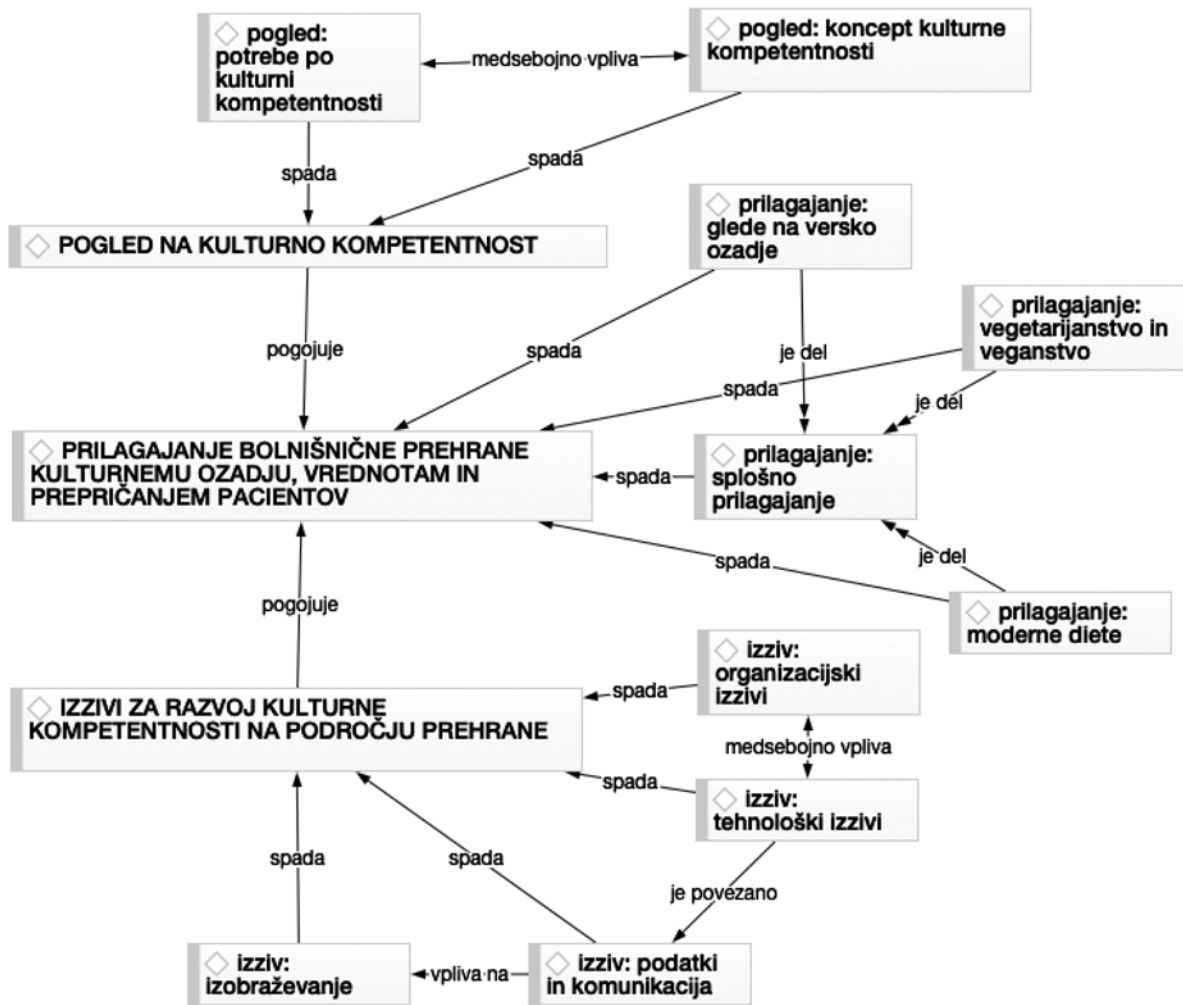
»Koliko imamo možnost tolerirati različne kulturne razlike, nekaj v tem stilu.« (KK-PR-9)

Ne glede na nepoznavanje samega koncepta kulturne kompetentnosti, smo izluščili podatke, ki so govorili o tem, da obstaja pripravljenost na prilagajanje prehrane v skladu s kulturnim ozadjem oziroma se prilagajanje v praksi že izvaja in je prilagajanje nujno.

»Bi rekla, da je to pomembno, zato ker prehrana v bolnišnici je v končni fazi tudi del terapije. Če nekdo tu leži pet, deset, ali dvajset dni, to ni važno, in če ne bo nič

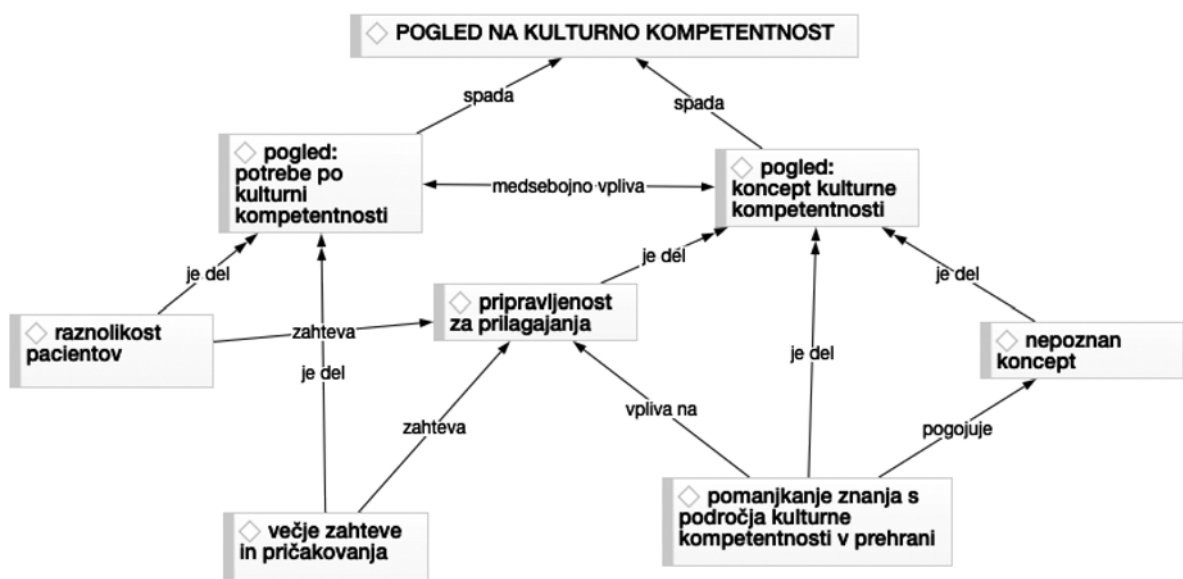
Tabela 1: Prikaz rezultatov raziskave o kulturni kompetentnosti v bolnišnični prehrani
Table 1: Presentation of the research results on cultural competence in hospital nutrition

| Tema/Theme | Podtema/Sub-theme | Koda/Code |
|---|-------------------------------------|--|
| Pogled na kulturno kompetentnost | Potrebe po kulturni kompetentnosti | Raznolikost pacientov Večje zahteve in pričakovanja |
| | Koncept kulturne kompetentnosti | Nepoznan koncept Pripravljenost za prilagajanja Pomanjkanje znanja s področja kulturne kompetentnosti v prehrani |
| Prilagajanje bolnišnične prehrane kulturnemu ozadju, vrednotam in prepričanju pacientov | Splošno prilagajanje prehrane | Pridobivanje informacij Medicinske indikacije Veliko možnosti prilagajanja Omejitev pri prilagajanju |
| | Prilagajanje glede na versko ozadje | Spoštovanje verskih načel Meje v prilagajanju versko skladne prehrane |
| | Vegetarijanstvo in veganstvo | Standarden izbor Nesprejemanje veganstva Prehransko svetovanje |
| | Sodobne diete | Priljubljenost sodobnih diet Škodljivost modernih diet |
| Izzivi za razvoj kulturne kompetentnosti na področju bolnišnične prehrane | Podatki in komunikacija | Pomanjkanje podatkov o potrebah prilagajanja Pomanjkanje primernih informacij za uporabnike Pomanjkanje multidisciplinarnega sodelovanja Odnos do storitev prehrane |
| | Tehnološki izzivi | Informacijska podpora |
| | Organizacijski izzivi | Kadrovske ovire Prostorske ovire |
| | Izobraževanje | Odsotnost izobraževanja |



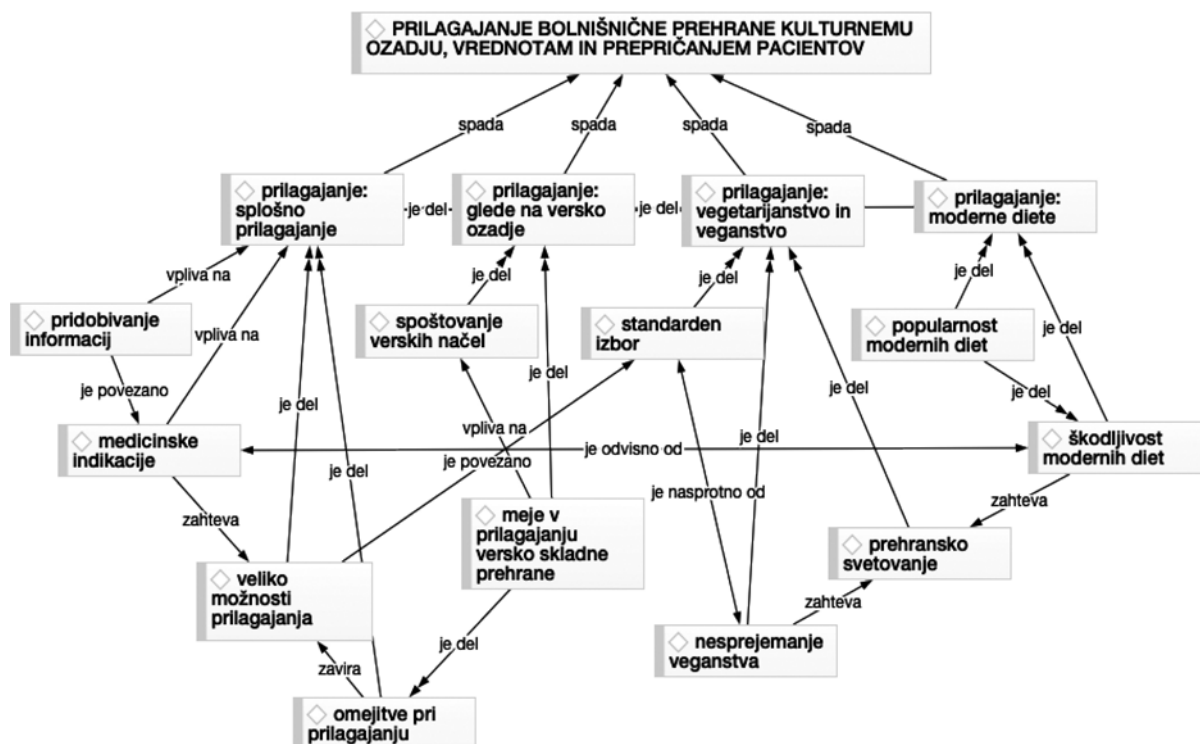
Slika 2: Konceptualno omrežje tem in podtem raziskave o kulturni kompetentnosti v bolnišnični prehrani

Figure 2: Conceptual network of themes and sub-themes in research on cultural competence in hospital nutrition



Slika 3: Konceptualno omrežje kod in podtem teme Pogled na kulturno kompetentnost

Figure 3: Conceptual network of codes and sub-themes of the theme View on cultural competence



Slika 4: Konceptualno omrežje kod in podteme Prilaganje bolnišnične prehrane kulturnim okoliščinam, vrednotam in prepričanju pacientov

Figure 4: Conceptual network of codes and sub-themes of the theme Adapting hospital diets to the cultural background, values and beliefs of patients

jedel, ni tako enostavno. Ne smemo tega prezreti. To ni luksuz, ampak je to nuja.» (KK-PR-8)

Kljub pripravljenosti in nujnosti prilaganja prehrane kulturnim okoliščinam je zbir podatkov kazal na pomanjkanje znanja o kulturnih vidikih priprave prehrane.

»Mi znanja veliko nimamo ... Bi bilo potrebno, mislim, da kot vodja bi morala zagotoviti, da imajo ta znanja, ali vsaj kakšno knjigo, da lahko v tistem trenutku pogledaš ...« (KK-PR-2)

Tema 2: Prilaganje bolnišnične prehrane kulturnim okoliščinam, vrednotam in prepričanju pacientov

Podteme in kode teme Pogled na kulturno kompetentnosti in njihovi odnosi so prikazane s pomočjo konceptualnega omrežja na Sliki 4.

Prehrana v bolnišnici je predpisana predvsem glede na medicinsko indikacijo, vendar se upoštevajo tudi individualne želje posameznega pacienta. Praviloma ob sprejemu zdravnik predpiše dieto na podlagi kataloga diet, individualne želje pa dokumentirajo predvsem medicinske sestre na oddelkih. Sogovorniki niso bili enotni v mnenjih, v kolikšni meri pacienti na oddelkih dejansko izrazijo svoje želje o prehrani, sploh tiste, ki so povezane s kulturnimi okoliščinami oziroma v kolikšni meri prejmejo informacije o možnostih

prilaganja prehrane. Pridobili smo tako podatke o zanesljivem pridobivanju teh občutljivih informacij na oddelkih kot tudi o pomanjkljivem pridobivanju informacij oziroma o potrebi po izboljšanju pridobivanja informacij. Prehranski strokovnjaki so vključeni v neposredno pridobivanje informacij le pri pacientih, pri katerih obstaja indikacija za njihovo vključevanje.

»Da pa bi imeli prav kakšne želje, imamo samo eno, če pride kakšen v našo ustanovo, teh nejasnosti, imam še vedno občutek, da pacient tudi ne pove, da kakšnih stvari ne uživa.« (KK-PR-4)

Vsekakor so vsi sogovorniki ocenjevali, da obstaja množica raznolikih diet, ki gradijo na medicinskih indikacijah. Njihova mnenja kažejo, da so možnosti prilaganja izjemno velike in se vse želje in potrebe, ki jih izrazi pacient, upoštevajo. Kljub temu smo ugotovili, da obstajajo omejitve v prilaganju. Te se pokažejo predvsem takrat, kadar ima pacient preveč zahtev, ali kadar so zahteve v nasprotju s potrebami glede na medicinsko diagnozo oziroma s strokovnimi načeli.

»Zmišljevanja, tega pa ne moremo upoštevati ...« (KK-PR-1)

»Tukaj je treba neko realno mejo postaviti. Se mi zdi, da vedno najdemo nek kompromis, včasih moraš pa tudi biti odločen in po stroki povedati, to pa ne gre in ne smemo.« (KK-PR-11)

Podatki kažejo, da se zahteve po prilagajanju prehrane zavoljo verskega ozadja načeloma spoštujejo. Opazili smo, da gre tu predvsem za izločanje svinjine, medtem ko so zahteve po posebni pripravi živil (na primer halal ali kosher) težje izvedljive in pogosto manj sprejemljive.

»Kar je kulturno izogibanje določenim vrstam mesa ... to sprejmemo, v to se sploh ne spuščamo. Verska prepričanja sprejemamo in tu sploh ni nobene težave. Malo večje težave imamo, kadar pridejo s halal zahtevami ...« (KK-PR-8)

»Seveda ne bomo muslimane posiljevali s svinjskim mesom, če tega ne mara, ampak način priprave, to bi pa morali akceptirati, to je moje čisto osebno mnenje.« (KK-PR-10)

Glede na vegetarijanstvo in veganstvo se prakse prilagajanja razlikujejo. Medtem ko je vegetarijanska dieta že v vseh preučevanih ustanovah standarden izbor, so bila mnenja o ponudbi veganskih diet močno deljena.

»Veganstvo itak sprejmemo in je pri nas ena od standardiziranih vrst prehrane.« (KK-PR-8)

»Veganske prehrane ne podpiramo in kot take nimamo proste izbire, je pa v zadnjem času veliko večja težnja ... Kot izbor tega še nismo notri dali, ker kljub vsemu se mi zdi, da je veliko zdravstvenih stanj, kjer ti dejansko tega ne moreš vključiti kot normalno hrano, ker narediš zdravstveno škodo.« (KK-PR-12)

Intervencija prehranskega svetovanja se je naibogosteje boraiala prav pri veganskem načinu

prehranjevanja, posebno v primerih, ko se na ta način prehranjujejo ogrožene skupine (otroci, nosečnice, doječe matere).

Največ težav in kritičnih pogledov so imeli sogovorniki v zvezi s ponudbo tako imenovanih sodobnih diet, čeprav smo tudi tu opazili nekaj izjem. Najpogosteje se pojavljajo želje po dietah, kot so presnojedstvo, makrobiotika, paleolitska dieta in dieta z nizko vsebnostjo ogljikovih hidratov. Take diete so vse pogostejše in po mnenju sogovornikov ogrožajo zdravje pacientov.

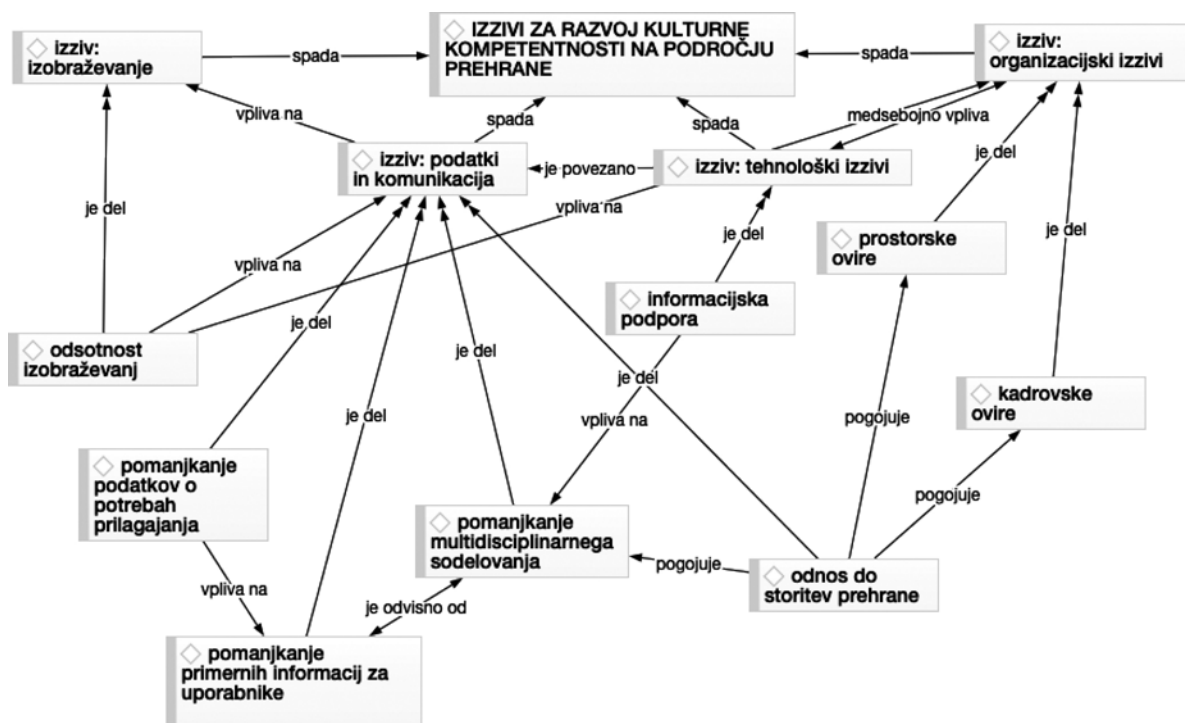
»Mi jih nimamo vpeljane, tudi kot režim prehrane jih našim pacientom ne ponujamo, zato ker so modnega značaja in tako enostransko obremenjuje organizem, da zdravju škodujejo ...« (KK-PR-11)

Tema 3: Izzivi za razvoj kulturne kompetentnosti na področju bolnišnične prehrane

Podteme in kode teme Izzivi za razvoj kulturne kompetentnosti na področju bolnišnične prehrane so prikazane s pomočjo konceptualnega omrežja na Sliki 5.

Kot pomemben izziv smo prepoznali pomanjkanje različnih podatkov in premalo komuniciranja. V nobeni izmed preučevanih bolnišnic ni na razpolago dovolj sistematičnih podatkov o potrebah po prilagajanju prehrane glede na kulturne okoliščine.

»Ne vem, bi morala pretehtati, preceniti, kakšne so slobodno zahteve.« (KK-PR-3)



Slika 5: Konceptualno omrežje kod in podteme teme Izzivi za razvoj kulturne kompetentnosti na področju bolnišnične prehrane

Figure 5: Conceptual network of codes and sub-themes of the theme Challenges for the development of cultural competence in hospital nutrition

Prav tako sami pacienti pred hospitalizacijo praviloma nimajo možnosti pridobiti informacij o možnostih prilagajanja prehrane v bolnišnici, razen če samoiniciativno pokličejo oddelek.

»Lahko vpraša na oddelku, kjer bo sprejet...« (KK-PR-9)

Spoznali smo tudi želje po boljšem multidisciplinarnem sodelovanju in odnosu do osebja in storitev prehrane v bolnišnicah, ki so ga sogovorniki pogosto poudarili kot podcenjujoč in premalo opazen, in sicer tako od bolnikov kot ostalih zdravstvenih delavcev.

»Zelo si želimo več sodelovanja tudi z vidika zdravstvenega osebja, da bi to prepoznali, da je to potreba.« (KK-PR-8)

»Nekako se nam zdi to čisto samo po sebi umevno, da je vedno toplo, vedno pripravljeno, vedno kvalitetno in vedno na razpolago, redko kdo pa se vpraša, da je tu zadaj velika organizacija, strokovni kader, da so zadaj strogi pogoji za pripravo hrane, in to se po navadi kar zanemarljivo ... Nekako je to podcenjeno.« (KK-PR-10)

Naslednji sestavni del izzivov smo opredelili kot organizacijske izzive. Med njimi so bile močno poudarjene težave v zvezi s pomanjkanjem in/ali nezadostnim zaposlovanjem kadrov, in sicer tako v kuhinji kot v neposrednem prehranskem svetovanju pacientov, ter pomanjkanjem primernih prostorov za pripravo prehrane.

»... ampak v zadnjih par letih se pa pojavlja drastično pomanjkanje kvalitetnega kadra. ... Bojim se, kaj bo čez par let, ko se bodo ti starejši kvalificirani kuharji upokojili ali pa če kdo samoiniciativno zamenja službo, bo zelo težko.« (KK-PR-10)

Pomembno prepreko je predstavljala tudi sodobna informacijska podpora, tako med oddelki in kuhinjo kot tudi na področju nabave živil, kar preprečuje hitro in učinkovito nabavo specifičnih živil.

»Tehnologija je zastarela. Tudi komunikacija pacient–kuhinja, tega tudi nimamo razvitega, kot je to v tujini, ni možnosti, da bi vsak pacient imel možnost do neke ure na eno tablico odtipkat, kaj bi si želel. Seveda so to neki izzivi za prihodnost. Potem bi bilo dosti lažje ... absolutno bi imeli tudi malo bolj povezavo naročanje živil od dobavitelja, zdaj imamo spet ene druge programe in veliko ročnega dela, pa so potem prisotni človeški faktorji ... Optimizirati informacijsko, tehnološko in bi bilo lažje.« (KK-PR-8)

Kot pomemben izziv smo prepoznali še zelo očitno pomanjkanje izobraževanja s področja kulturnih vidikov prehranjevanja.

»Tukaj smo bosi vsi, cela Slovenija. So delavnice v smislu mogoče kakšnih diet, ne pa v smislu kulturnih posebnosti.« (KK-PR-4)

Diskusija

Ugotovili smo, da je bil koncept kulturne kompetentnosti našim sogovornikom praviloma neznan, kljub temu da so se zavedali kulturne

raznolikosti in vse večjih zahtev pacientov po upoštevanju njihovih potreb in prepričanj. Nepoznavanje koncepta ni presenetljivo, saj so se prvi članki o kulturni kompetentnosti na področju zdravstva v slovenskem prostoru pojavili šele v zadnjem desetletju, tema pa je postala bolj aktualna po migrantski krizi leta 2015, ko so potrebe po kulturni kompetentnosti v zdravstvu postale očitne (Goriup, 2016). Naši rezultati kažejo, da se pojmovanje kulturne kompetentnosti pri sogovornikih nanaša predvsem na prilagoditve prehrane. Vendar kulturna kompetentnost ne pomeni le prilagajanje storitev, temveč vključuje tudi druge vidike in veščine, kot so na primer zavedanje o lastnem kulturnem ozadju in prikritih predsodkih in stereotipih, odnos do odprtosti, spoštovanja in radovednosti, ter komunikacijske spretnosti (Jager et al., 2020). Kulturne kompetence imajo pomembno vlogo pri pridobivanju prehranskih informacij. Ko so kulturni vidiki prezrti, so pridobljene informacije nepopolne (Edelstein, 2010). Naši sogovorniki so menili, da se upošteva kulturne vidike in prepričanja pacientov, po drugi strani pa smo opazili tudi ocene, da se ne pridobi dovoljšnjih informacij. Dejstvo je, da pridobivanje podatkov o kulturnih okoliščinah prehrane zahteva veščine kulturne kompetentnosti (Alpers, 2019), a zanesljivih podatkov o prisotnosti in uporabi teh veščin pri pridobivanju prehranskih podatkov v slovenskih bolnišnicah zaenkrat nimamo. Presenetilo nas je dejstvo, da nismo pridobili nobenih podatkov o obstoju jezikovnih ovir ob pridobivanju prehranskih podatkov. Obširna slovenska raziskava je namreč pokazala, da so komunikacijske težave s pacienti, ki ne znajo slovensko, pogoste. Z njimi se je srečalo že 94 % zdravstvenih delavcev (Pokorn, 2019), relativno pogosto pa se te težave porajajo tudi v povezavi s prehranskimi navadami (Lipovec Čebon, 2019).

V nadaljevanju smo ugotovili, da se v bolnišnicah trudijo priti naproti pacientom glede kulturno pogojenih želj in potreb, vendar do določene meje. Meje, do katere so želeli ali so imeli možnost ustreči, so se precej razlikovale. Vprašanje, kje so meje v željah in zahtevah pacientov, se poraja tudi drugim strokovnjakom (Alpers, 2019), vendar imajo pacienti pravico pričakovati, da bodo njihove prehranske potrebe med hospitalizacijo izpolnjene (Beck et al., 2002, p. 354). Že leta 2003 so v evropski resoluciji o prehranski oskrbi v bolnišnicah, ki jo je sprejela tudi Slovenija, zapisali, da morajo imeti pacienti zagotovljeno prehrano v skladu z njihovo starostjo, veroizpovedjo, njihovim etničnim ali kulturnim ozadjem (Council of Europe, 2003). Prehranjevalne navade so namreč zaradi svoje kompleksnosti in globoke kulturne zakoreninjenosti ene izmed najbolj »rezistentnih« navad. Človeka tudi ob spremembi življenjskega okolja, kot so na primer migracije v drugo kulturno okolje, spremljajo najdlje, kljub temu da se običajno privadi na nekaj lokalnih prehranjevalnih

navad (Kittler, Sucher, & Nelms, 2017). Nezaupanje v upoštevanje kulturnega ozadja pri pripravi in obdelavi hrane v bolnišnicah lahko povzroči premajhen vnos hranil, slabo počutje, zmanjšano zadovoljstvo pacientov in tveganje za njihovo zdravje (Alpers, 2019).

Ugotovili smo, da obstaja precej težav s sprejemanjem in prilagajanjem prehrane pri tako imenovanih sodobnih dietah in pri veganski dieti. Tudi pri tem smo opazili velike razlike, saj je bila veganska dieta v nekaterih bolnišnicah že del standardne diete, v drugih pa še popolnoma nesprejemljiv način prehranjevanja. Kljub upravičenim pomislekom prehranskih strokovnjakov v zvezi s prehranjevalno polnovrednostjo veganskih diet je treba razumeti, da je veganstvo pogosto več kot le modna dieta. Je javna deklaracija identitete, morale in načina življenja – je filozofija in etika (Greenebaum, 2012). Lahko bi rekli, da gre za kulturo posameznika, ki jo je treba spoštovati. Ob tem je prehransko svetovanje, ki se je v naši raziskavi pogosto omenjalo pri veganskih pacientih, zelo pomembno, saj lahko pri veganski prehrani pride do pomanjkanja mikrohranil (Bakaloudi et al., 2020). Podobno lahko pride do pomanjkljive prehranjenosti pri izbirčnosti, posebno pri mladostnikih (Špindler, Cilar Budler, Klanjšek, & Kegl, 2021), pri čemer je lahko izbirčnost pogojena tudi s kulturno sprejemljivostjo določene prehrane (Tan et al., 2015).

Ugotovili smo tudi, da je poznavanje kulturno pogojenih konceptov prehranjevanja pomanjkljivo. Podobne težave opažajo tudi v drugih državah (Alpers, 2019; Jager et al., 2020) in opozarjajo, da imajo prehranski strokovnjaki težave z upoštevanjem kulturno družbenih vidikov prehrane (Ng & Wai, 2021). Vprašanje je, kakšno znanje je pomembno za kulturno kompetentnost v klinični prehrani. Znanje o vseh kulturah je nemogoče pridobiti, prav tako lahko taki način poglobi stereotipe. Razlike med posamezniki znotraj kultur so namreč velike. Kljub temu je pomembno, da prehranski strokovnjaki spoznavajo različne kulturne vidike prehrane (Jager et al., 2020). Predvsem pa je pomembno, da vstopijo v proces pridobivanja kulturne kompetentnosti (Goody & Drago, 2009), kot ga opredeljuje v svojem znamenitem modelu Campinha Bacote. Poleg znanja o kulturah je pri tem modelu pomembna motivacija, (samo)zavedanje o lastni kulturi, soočenje z različnimi kulturami in kulturne veščine, ki se nanašajo predvsem na spretnost pridobivanja občutljivih kulturno relevantnih informacij (Campinha Bacote, 2003). Vendar naši rezultati kažejo, da možnosti pridobivanja kulturnih kompetenc na področju prehrane bodisi preko formalnih ali neformalnih izobraževanj v slovenskem prostoru praktično ne obstajajo. Izobraževanja se nanašajo predvsem na biomedicinske vidike prehranjevanja. Strokovnjaki opozarjajo, da bi bilo treba že v kurikule formalnih izobraževanj na področju prehrane in zdravstva uvrstiti vsebine o

raznolikosti in kulturni kompetentnosti (Wall-Bassett & Harris, 2017; Cuerda et al., 2019), prav tako pa je za razvoj kulturnih kompetenc pomembno nadaljnje neformalno izobraževanje in druge strategije (Jongen, McCalman, & Bainbridge, 2018).

V nadaljevanju smo ugotovili, da obstaja na področju bolnišnične prehrane še nekaj drugih izzivov za razvoj kulturne kompetentnosti, kot so pomanjkanje kadrov, prostorov, informacijske podpore, podatkov o potrebah po prilagajanju, nezadostno multidisciplinarno sodelovanje in neustrezen odnos do storitev prehrane v bolnišnicah. Nekatere izmed teh ovir so raziskovalci s področja bolnišnične prehrane opisali že pred dvema desetletjema. Kot največje zapreke so navedli pomanjkanje znanja in možnosti izobraževanja o prehrani med vsemi skupinami osebja, pomanjkanje vpliva pacientov in pomanjkanje sodelovanja med različnimi skupinami osebja in vodstvom bolnišnice (Beck et al., 2001, 2002).

Pravi napredek na področju kulturne kompetentnosti v prehrani bo dosežen, šele ko bodo vsi ključni deležniki v bolnišnicah razumeli vpliv, ki ga ima prehrana pacientov na njihovo zdravje. Pridružujemo se mnenjem strokovnjakov, ki pravijo, da so možnosti prehranskega ukrepanja in potrebni človeški viri v ustanovah, kjer ni zavedanja o pomembnosti prehrane, pogosto omejeni. Ustvariti je treba institucionalno kulturo, v kateri vsi ključni deležniki cenijo prehranske storitve (Tappenden et al., 2013; Cardenas et al., 2021). Ne nazadnje je prehrana v bolnišnici del spoštovanja človeškega dostojanstva in avtonomije posameznika (Cardenas et al., 2021).

V skladu z izsledki naše raziskave so priporočljivi ukrepi za razvoj kulturne kompetentnosti v bolnišnični prehrani večpomenski. Pomembna je senzibilnost odločevalcev, vodstvenih struktur in zdravstvenih delavcev o pomenu kulture in socioloških determinant na zdravje, vključno s pomenom kulturnih vidikov prehranjevanja v času hospitalizacije. V formalnem izobraževanju zdravstvenih delavcev in sodelavcev na področju prehrane bi bilo treba dati več poudarka na pomen kulturnih vidikov prehranjevanja na zdravje in osvajanje veščin kulturne kompetentnosti, prav tako pa zagotoviti možnosti pridobivanja teh veščin tudi v poznejših oblikah neformalnega izobraževanja. Pospešiti je treba raziskave in pridobiti sistematične podatke o potrebah prilagajanja prehrane kulturnemu ozadju pacientov in o morebitnih posledicah pomanjkljivega prilagajanja in pomanjkanja kulturne kompetentnosti. Ne nazadnje je treba uvesti strategije za učinkovito in spoštljivo meddisciplinarno sodelovanje, ki postavlja v središče pacienta in njegovo avtonomijo.

Naša raziskava je trčila tudi ob nekaj omejitvah, kljub temu da smo se poslužili podatkovne triangulacije (intervjuji z različnimi profili delujočih na področju bolnišnične prehrane). Predvsem je treba upoštevati, da nismo pridobili neposrednih podatkov od pacientov in drugih članov zdravstvenega tima, ki sodelujejo

pri pridobitvi prehranskih podatkov. Druga omejitev je ta, da so se s sodelovanjem v raziskavi verjetno strinjali predvsem tisti sogovorniki, ki so obravnavani temi bolj naklonjeni.

Zaključek

V preučevanih slovenskih bolnišnicah obstaja veliko možnosti prilagajanja prehrane željam in potrebam pacientov, vendar o kulturni kompetentnosti v bolnišnični prehrani, kot je opredeljena v literaturi, še ne moremo govoriti. Kulturna kompetentnost se nanaša na mnogo več kot le na upoštevanje želja pacientov, ki jih izrazijo, ali pa tudi ne. Raziskava je pokazala, da med bolnišnicami obstajajo razlike v možnostih in pripravljenosti po prilagajanju prehrane glede na kulturno ozadje in prepričanja pacientov, pri čemer igra vlogo preplet mnogih dejavnikov. S tem se poraja mnogo vprašanj, ki bi jih bilo v luči nadaljnega razvoja kulturne kompetentnosti dobro raziskati. Tako vprašanje je na primer, v kolikšni meri pridobivamo informacije o kulturnem ozadju prehrane od pacientov, v kolikšni meri so te potrebe uresničene in kateri so vplivi na zadovoljstvo in zdravstvene izide pacientov, kar kaže na potrebo po vključevanju pacientov in ostalih članov multidisciplinarnega tima v raziskave. Tudi odnose do storitve bolnišnične prehrane bi veljalo podrobneje raziskati, saj lahko gradimo kulturno kompetentnost na tem področju le ob spoštovanju prehranskih storitev in zagotavljanju dobrih pogojev na tem področju. Medtem lahko v vsakdanji praksi uvedemo možnosti, ki bodo vodile v večjo občutljivost zaznavanja kulturnih vidikov prehrane, izboljšale meddisciplinarno izmenjavo prehranskih informacij in vodile v nadaljnje pridobivanje kulturnih kompetenc.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorici 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 je bila opravljena 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

Prispevek je del raziskave v okviru doktorske naloge prve avtorice, ki je opravila pregled teoretičnih izsledkov, zasnovala in izvedla raziskavo, jo analizirala, obrazložila in razpravljala o izsledkih. Druga avtorica je mentorica doktorske naloge, kar vključuje mentorstvo ob pripravi članka in je s svojimi nasveti pomembno vplivala na zasnovo članka. Obe avtorici sta prispevali h kritičnemu pregledu članka in soglašali o dokončni oddaji članka. Obe avtorici soglašata, da sta odgovorni za vse vidike dela in da bodo vprašanja v zvezi z natančnostjo ali celovitostjo katerega koli dela ustrezno raziskana in rešena./The paper is part of the PhD thesis research of the first author, who reviewed the theoretical findings, designed and conducted the research, analysed, explained and discussed the findings. The second author is the PhD supervisor, who mentored the preparation of the paper, and has contributed significantly to the design of the paper, to the critical review of the paper, and to the final approval of the submission of the paper. Both authors agree that they are responsible for all aspects of the work and that any issues relating to the accuracy or integrity of any work will be investigated and resolved accordingly.

Literatura

- Alpers, L. M. (2019). Hospital food: When nurses' and ethnic minority patients' understanding of Islamic dietary needs differ. *Nursing open*, 6(4), 1455–1463. <https://doi.org/10.1002/nop2.343> PMID:31660173; PMCID:PMC6805268
- Bakaloudi, D. R., Halloran, A., Rippin, H. L., Oikonomidou, A. C., Dardavesis, T. I., Williams, J. ... Chourdakis, M. (2021). Intake and adequacy of the vegan diet. A systematic review of the evidence. *Clinical Nutrition*, 40(5), 3503–3521. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.11.035> PMID:33341313
- Beck, A. M., Balkn, U. N., Fürst, P., Hasunen, K., Jones, L., Keller, U. ... Ovesen, L. (2001). Food and nutritional care in hospitals: How to prevent undernutrition report and guidelines from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 20(5), 455–460. <https://doi.org/10.1054/clnu.2001.0494> PMID:11534942
- Beck, A. M., Balknas, U., Camilo, M., Furst, P., Gentile, M., Hasunen, K. ... Ovesen, L. A. R. S. (2002). Practices in relation to nutritional care and support—report from the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, 21(4), 351–354. <https://doi.org/10.1054/clnu.2002.0555> PMID:12211176
- Bond, P. (2013). A hospital nutrition improvement programme. *Nursing Times*, 109(39), 22–24. Retrieved June 14, 2021 from <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2013/09/021013-A-hospital-nutrition-improvement-programme.pdf>

- Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a qualitative description approach in health care research. *Global qualitative nursing research*, 4, 1–8.
<https://doi.org/10.1177/2333393617742282>
PMid:29204457; PMCID:PMC5703087
- Campinha-Bacote, J. (2003). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A culturally competent model of care*. Cincinnati: Transcultural Care Associates.
<https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
PMid:12113146
- Cardenas, D., Correia, M. I. T. D., Ochoa, J. B., Hardy, G., Rodriguez-Ventimilla, D., Bermúdez, C. E. ... Barazzoni, R. (2021). Clinical nutrition and human rights: An international position paper. *Clinical Nutrition*, 36, 534–544.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.02.039>
PMid:34023070
- Carolan, M. (2022). *The sociology of food and agriculture* (3rd ed.). London: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003133780>
- Council of Europe, Committee of Ministers. (2003). Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals. *Nutrition & Food Science*, 34 (2).
<https://doi.org/10.1108/nfs.2004.01734bab.003>
- Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., & Isaacs, M. R. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Retrieved April 2, 2021 from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED330171.pdf>
- Cuerda, C., Muscaritoli, M., Donini, L. M., Baqué, P., Barazzoni, R., Gaudio, E. ... Van Gossum, A. (2019). Nutrition education in medical schools (NEMS). An ESPEN position paper. *Clinical Nutrition*, 38(3), 969–974.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2019.02.001>
PMid:30772092
- Curry, K. R. (2000). Multicultural competence in dietetics and nutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 100(10), 1142–1143.
[https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(00\)00335-7](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00335-7)
- Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of research in nursing: JRN*, 25(5), 443–455.
<https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
- Edelstein, S. (2010). *Food, cuisine, and cultural competency for culinary, hospitality, and nutrition professionals*. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
PMid:18352969
- European Ageing Network. (2021). Promoting well-nutrition in elderly care. Tabor: European Ageing Network. Retrieved May 30, 2022 from <https://european-nutrition.org/good-practices/ean-guideline-promoting-well-nutrition-in-elderly-care/>
- Galletta, A. (2013). *Mastering the semi-structured interview and beyond: From research design to analysis and publication*. New York: NYU Press.
<https://doi.org/10.18574/nyu/9780814732939.001.0001>
- Goody, C. M., & Drago, L. (2009). Using cultural competence constructs to understand food practices and provide diabetes care and education. *Diabetes Spectrum*, 22(1), 43–47.
<https://doi.org/10.2337/diaspect.22.1.43>
- Goriup, J. (2016). Multicultural society and nursing. In B. M. Kaučič, B. Filej & B. Dobrowolska et al. (Eds.), *Multicultural society and aging: Challenges for nursing in Europe: Selected chapters* (pp. 4–14). Celje: Visoka zdravstvena šola.
- Greenebaum, J. (2012). Veganism, identity and the quest for authenticity. *Food, Culture & Society*, 15(1), 129–144.
<https://doi.org/10.2752/175174412X13190510222101>
- Handtke, O., Schilgen, B., & Mösko, M. (2019). Culturally competent healthcare: A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PloS ONE*, 14(7), Article e0219971.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219971>
PMid:31361783; PMCID:PMC6667133
- Helman, C. G., 2007. *Culture, health and illness*. London: Hodder Arnold.
<https://doi.org/10.1201/b13281>
- Hofstede, G. (2011). Dimensionalizing cultures: The Hofstede model in context. *Online readings in psychology and culture*, 2(1), 2307–0919.
<https://doi.org/10.9707/2307-0919.1014>
- Holloway, I. & Galvin, K. (2016). *Qualitative research in nursing and healthcare*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Kim, H., Sefcik, J. S., & Bradway, C. (2017). Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Research in nursing & health*, 40(1), 23–42.
<https://doi.org/10.1002/nur.21768>
- Jager, M., den Boeft, A., Leij-Halfwerk, S., van Der Sande, R., & van den Muijsenbergh, M. (2020). Cultural competency in dietetic diabetes care: A qualitative study of the dietician's perspective. *Health Expectations*, 23(3), 540–548.
<https://doi.org/10.1111/hex.13019>
PMid:32045075; PMCID:PMC7321725
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–15.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5>
PMid:29609614; PMCID:PMC5879833

- Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., & Clifford, A. (2018). *Cultural competence in health: a review of the evidence*. Singapore: Springer.
- Kittler, P., Sucher, K. P., & Nelms, M. (2017). *Food and Culture*. Belmont: Cengage Learning.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Retrieved from https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/kodeks_etike_v_zdravstveni_negi_in_oskrbi_slovenije_marec_2014.pdf
- Lipovec Čebren, U. (2019). Medkulturni (in drugi) nesporazumi v zdravstvu. In N. K. Pokorn & U. Lipovec (Eds), *Večjezično zdravje: komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu* (pp. 78–91). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Moffat, T., & Prowse, T. (2010). *Human diet and nutrition in biocultural perspective: Past meets present*. Oxford: Berghahn Books.
- Ng, E., & Wai, C. (2021). Towards a definition of anti-oppressive dietetic practice in Canada. *Critical Dietetics*, 5(2), 10–14. <https://doi.org/10.32920/cd.v5i2.1407>
- Pokorn, N. (2019). Reševanje jezikovnih ovir v slovenskem zdravstvu: analiza stanja. In N. K. Pokorn & U. Lipovec (Eds), *Večjezično zdravje: komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu* (pp. 31–47). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. *BMJ* 320(7227), 114–116. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7227.114> PMID:10625273; PMCID:PMC1117368
- Poulain, J. P. (2017). *The sociology of food: eating and the place of food in society*. London: Bloomsbury Publishing.
- Prosen, M. (2018). Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), 76–80. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.262>
- Reddy, S., & Anitha, M. (2015). Culture and its influence on nutrition and oral health. *Biomedical & Pharmacology Journal*, 8(Special Oct), 613–620. <https://dx.doi.org/10.13005/bpj/757>
- Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2009). Cultural competence: A conceptual framework for teaching and learning. *Medical Education*, 43(3), 229–237. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03269.x> PMID:19250349
- Sharifi, N., Adib-Hajbaghery, M., & Najafi, M. (2019). Cultural competence in nursing: A concept analysis. *International journal of Nursing Studies*, 99, Article 103386. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103386>
- Špindler, N., Cilar Budler, L., Klanjšek, P., & Kegl, B. (2021). Vpliv izbirlčnosti v prehrani na prehranjenost otrok. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(4), 237–242. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.4.3070>
- Tan, H. S. G., Fischer, A. R. H., Tinchan, P., Stieger, M., Steenbekkers, L. P. A., & van Trijp, H. C. M. (2015). Insects as food: Exploring cultural exposure and individual experience as determinants of acceptance. *Food Quality and Preference*, 42, 78–89. <https://doi.org/10.1016/J.FOODQUAL.2015.01.013>
- Tappenden, K. A., Quatrara, B., Parkhurst, M. L., Malone, A. M., Fanjiang, G., & Ziegler, T. R. (2013). Critical role of nutrition in improving quality of care: An interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(9), 1219–1237. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.05.015> PMID:23871528
- UNESCO. (2009). *Investing in Cultural Diversity and Intercultural Dialogue: UNESCO World Report*. Paris: UNESCO Publishing. Retrieved from <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001852/185202e.pdf>
- Waldstein, A. (2018). Food, Anthropology of. *The International Encyclopedia of Anthropology*, 1–9. <https://doi.org/10.1002/9781118924396>
- Wall-Bassett, E., & Harris, N. (2017). Promoting cultural competency: A nutrition education model for preparing dietetic students and training paraprofessionals in an international setting. *Global Journal of Health Science*, 9(7), 108–116. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n7p108> PMID:15156839
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714

Citirajte kot/Cite as:

Halbwachs, H. K., & Ovsenik, M. (2022). Kulturna kompetentnost v slovenski bolnišnični prehrani: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(2), 105–116. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3149>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Uporaba Edinburške lestvice poporodne depresije za presejanje očetov na poporodno depresijo: pilotna raziskava

Use of the Edinburgh postpartum depression scale for screening new fathers for postpartum depression: A pilot study

Anel Karić^{1, *}, Ana Polona Mivšek²

Ključne besede: rojstvo otroka; poporodno duševno zdravje; moški

Key words: childbirth; postpartum mental health; men

¹ Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

² Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
anel.karic997@gmail.com

Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Anela Karića *Uporaba EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) za presejanje poporodne depresije pri moških v Sloveniji* (2020).

IZVLEČEK

Uvod: Mednarodne raziskave kažejo, da približno 10 % očetov kaže znake poporodne depresije v obdobju od štirih do šestih mesecev po rojstvu novorojenca. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali prevod in priredba Edinburške lestvice poporodne depresije nudi zanesljiv presejalni test za odkrivanje poporodne depresije pri novih očetih.

Metode: Izvedena je bila kvantitativna raziskava. S prilagojeno prevedeno Edinburško lestvico poporodne depresije so bili anketirani očetje ob patronažnem obisku 4–6 mesecev po rojstvu otroka. Zajeti so bili vsi primerni kandidati v zdravstvenih domovih v Velenju in Črnučah v Ljubljani, in sicer med avgustom in decembrom 2019 ($n = 80$), realizacija vzorca je bila 51 (63 %). Koeficient Cronbach alfa za je znašal 0,931. Za analizo podatkov je bil uporabljen hi-kvadrat test.

Rezultati: Osem anketirancev (15,7 %) je zbralo dvanajst ali več točk in so zato bili ogroženi za razvoj poporodne depresije. Nihče od anketiranih ni poročal o misli ali namerah o samomoru. Povprečno število doseženih točk je bilo 6,76 ($s = 3,99$). Najvišje število zbranih točk je bilo 16, zbral jih je en anketiranec ($n = 1$, 1,96 %).

Diskusija in zaključek: Kljub majhnemu vzorcu, ki onemogoča posplošitev rezultatov, se v pilotni raziskavi ugotavlja podoben delež za poporodno depresijo rizičnih očetov kot v tujih raziskavah. Smiselno je torej obravnavati tudi duševno dobrobit očetov v prvem poporodnem letu, saj lahko stiska enega od partnerjev vpliva na celotno družino.

ABSTRACT

Introduction: International research shows that approximately 10% of new fathers develop symptoms of postpartum depression in 4–6 months postnatal. The purpose of the research was to evaluate whether the adapted and translated version of Edinburgh Postpartum Depression Scale is reliable enough for screening postpartum depression of new fathers.

Methods: Quantitative study was conducted. Using the adapted Edinburgh Postnatal Depression Scale we interviewed fathers with 4–6 month old infants during the visit of a community health nurse. The sample included all suitable candidates in Ljubljana - Črnuče and Velenje community health centres between August and December 2019 ($n = 80$), sample realisation was 51 (63%). The Cronbach alpha coefficient was 0.931. The chi-square test was used for analysing data.

Results: Eight participants (15.7%) gathered score of 12 or more and were, therefore, at risk of developing postnatal depression. None of the respondents reported on having suicidal thoughts or intentions. The number of average achieved points was 6.76 ($s = 3.99$). The largest number of total points was 16 collected by one respondent ($n = 1$, 1.96%).

Discussion and conclusion: Despite the small sample, which prevents a generalization of study results, the findings of our pilot study conclude that the proportion of Slovenian new fathers at risk of developing postpartum depression is similar to those in foreign studies. The recommendation of the study is to pay more attention to the mental health of new fathers, especially in the first year postpartum, since their well-being may also affect other family members.



Prejeto/Received: 11. 5. 2020
Sprejeto/Accepted: 27. 5. 2022

<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3036>

Uvod

Poporodna depresija je pogosto definirana kot epizoda velike depresivne motnje, ki se pokaže kmalu po rojstvu otroka. Depresivni očetje so nagnjeni h kazanju negativnih čustev (jeza, kritičen odnos do partnerice, kazanje nezadovoljstva), kar negativno vpliva na partnersko razmerje, to pa lahko vpliva tudi na poslabšanje duševnega zdravja partnerice. Depresija staršev se kaže tudi pri razvoju otroka (Ramchandani et al., 2011; Bruno et al., 2020). Prav zaradi medsebojne povezanosti družinskih članov in njihovega vplivanja eden na drugega je treba poskrbeti tudi za osebno zadovoljstvo novih očetov. Dejavniki tveganja za pojav poporodne depresije pri očetih so: prisotnost poporodne depresije pri partnerici, depresija v preteklosti, nižja stopnja izobrazbe, slabši ekonomski položaj in trenutno prestajanje travmatične izkušnje, kot so ločitev, resnejša bolezen ali izguba bližnjega sorodnika. Grey et al. (2018) k dejavnikom tveganja dodajajo še brezposelnost in previsoka pričakovanja za starševstvo.

V tujini so že ugotavljali pogostost poporodne depresije pri očetih. Gawlik et al. (2013) so v longitudinalni raziskavi odkrili, da je prevalenca depresivnih simptomov pri moških v Nemčiji prenatalno 9,8 % in 7,8 % postnatalno. Asper et al., (2018) so izvedli nacionalno raziskavo, v kateri so presegali 3565 švedskih očetov za poporodno depresijo. Pri 8 % so ugotovili simptome depresije. Raziskovalci Bruno et al. (2020) poročajo, da je prevalenca poporodne depresije pri očetih, ki očetje postanejo prvič med 4 % in 5 % in vse do 50 %, če je depresija sočasno prisotna tudi pri partnerici. Več raziskav dokazuje, da je med 10 % do 25 % očetov v obdobju od treh do šestih mesecev po porodu doživljalo poporodno depresijo (Bazemore & Paulson, 2010).

Raziskave (Kamalifard, Hasanpoor, Kheiroddin, Panahi, & Payan, 2014; Asper et al., 2018; Grey et al., 2018) so v preteklosti uporabljale številne različne vrste anketnih vprašalnikov za preseganje novih očetov na poporodno depresijo, ki niso bili specifični, zadnje raziskave (Bruno et al., 2020) pa uporabljajo Edinburško lestvico poporodne depresije.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil slovenski prevod Edinburške lestvice poporodne depresije prilagoditi moškim anketirancem in jo ovrednotiti. Prav tako je bil cilj ugotoviti pogostost poporodne depresije na vzorcu novih očetov v Sloveniji.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kolikšna je zanesljivost prevedene slovenske Edinburške lestvice poporodne depresije vprašalnika za uporabo pri presajanju očetov za poporodno depresijo?

- Koliko anketirancev bo kazalo samomorilne želje?
- Koliko anketirancev bo doseglo 12 ali več točk pri izpolnjevanju prilagojenega vprašalnika Edinburške lestvice poporodne depresije in s tem potrdilo tveganje za poporodno depresijo?

Metode

Uporabili smo raziskovalno metodo, ki gradi na opisni kvantitativni paradigmi raziskovanja.

Opis instrumenta

Uporabili smo Edinburško lestvico poporodne depresije (Koprivnik & Plemenitaš, 2005), ki se trenutno v Sloveniji uporablja za presejanje žensk na poporodno depresijo v zgodnjem poporodnem obdobju (Koprivnik & Plemenitaš, 2005; Skočir, 2005). Za ta namen uporabe raziskovalnega instrumenta presejanja moških je bilo treba delno prilagoditi obstoječ instrument, namenjen ženski populaciji. Trditve smo spremenili tako, da bodo namenjene moškim (npr.: Počutila sem se žalostno ali nesrečno. vs. Počutil sem se žalostno ali nesrečno). Edinburška lestvica poporodne depresije je vprašalnik, ki je sestavljen iz desetih trditve, ki sprašujejo po stopnji občutkov iz vsake kategorije. Te kategorije so: humor, veselje, obremenjenost, strah, obvladovanje vsakdanjih stvari, nespečnost, žalost, jok in samomorilnost. Pri vsakem vprašanju so na razpolago štirje odgovori, na podlagi katerih se zbira točke. Odgovori so stopnjevani, in sicer bolj kot je odmaknjen od »normale«, več točk je dodeljenih. Primer točkovanja odgovorov:

- pri vprašanju *Veselim se stvari*, so trditve/odgovori ovrednoteni naslednje: *Tako, kot sem se vedno.* (0 točk); *Manj kot prej.* (1 točka); *Precej manj kot prej.* (2 točki) in *Skoraj ne.* (3 točke).

Najvišje možno število točk pri vsakem vprašanju so tri točke, kar pomeni, da lahko pri izpolnjevanju celotnega vprašalnika anketiranec doseže največ 30 točk. Anketiranec izpolnjuje vprašalnik glede na počutje v preteklem tednu. Mejo za povečano tveganje za razvoj poporodne depresije pri moških določajo pri zbranih desetih točkah (Grey et al., 2018) oz. dvanajst in več (ali manj) točkah (Kamalifard et al., 2014). V našem vprašalniku so bila dodana še vprašanja o demografiji, pri čemer smo od očetov zahtevali le starost otroka v mesecih. Zanesljivost (Cronbach alfa) prevedene slovenske Edinburške lestvice poporodne depresije za uporabo pri presajanju očetov za poporodno depresijo je bila 0,931.

Opis vzorca

Vprašalnik smo razdelili vsem očetom, ki so pred štirimi oziroma šestimi meseci dobili otroka in spadajo v področje obravnave Zdravstvenega doma Velenje in Zdravstvenega doma Ljubljana - Črnuče.

Dovoljenje za izvajanje raziskave smo prejeli ob pridobitvi dovoljenja za izvedbo raziskovalnega dela v teh institucijah. Vprašalnike smo oddali 80-im očetom. Od teh 80-ih očetov jih je 51 ustrezno izpolnilo anketni vprašalnik, kar je 63,75 %. Starosti očetov, izobrazbe, zakonskega stanu in ekonomskega statusa nismo zahtevali, saj nas je zanimala samo starost otrok oziroma otroka, s tem pa čas od rojstva otroka do pojava znakov poporodne depresije pri moških.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Razdelitev vprašalnika je bila organizirana v sodelovanju s patronažno službo v Zdravstvenem domu Ljubljana - Črnuče in Zdravstvenem domu Velenje. Patronažne medicinske sestre so očetom razdelile vprašalnike v času svojega obiska, ki ga izvedejo pri vsakem novorojencu oziroma novorojenki med 4. in 6. mesecem starosti (obisk za uvajanje mešane hrane).

Pred reševanjem vprašalnika so očetje prejeli pisne informacije o raziskavi in Obrazec za soglasje. Če so se odločili za sodelovanje, so podpisali Obrazec izjave o zavestni in svobodni privolitvi. Izpolnjene vprašalnike so v zaprti kuverti oddali patronažni medicinski sestri, ki jih je osebno izročila raziskovalcu (s čimer je bila zagotovljena anonimnost udeležencev raziskave). Analiza podatkov je bila izvedena s statističnim programom IBM SPSS ver. 23 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Opravljena je bila osnovna deskriptivna statistika. Za določitev veljavnosti raziskovalnega instrumenta je bil izračunan koeficient Cronbach alfa (α).

Rezultati

Koeficient Cronbach alfa za Edinburško lestvico poporodne depresije (10 vprašanj) znaša 0,931, kar kaže na visoko zanesljivost.

Vsi anketirani so v 10. postavki Edinburške lestvice poporodne depresije zbrali 0 točk, kar pomeni, da nihče ni razmišljal o samomoru. Rezultate doseženih točk pri posameznem vprašanju prikazuje Tabela 1.

Po Edinburški lestvici poporodne depresije je najnižje možno število doseženih točk 0, kar je v naši raziskavi doseglo 3,92 % ($n = 2$) udeležencev (Tabela 1). Najvišja vrednost točk, ki so jih dosegli naši udeleženci, je bila 16 točk (od možnih 30 točk), kar je zbralo 1,96 % ($n = 1$) anketirancev. Največ očetov je doseglo bodisi 9 točk ($n = 7$, 13,73 %) bodisi 5 točk ($n = 7$, 13,73 %). Povprečno število doseženih točk je bilo 6,76 ($s = 3,99$). 15, 7 % ($n = 8$) anketiranih očetov je doseglo 12 točk ali več.

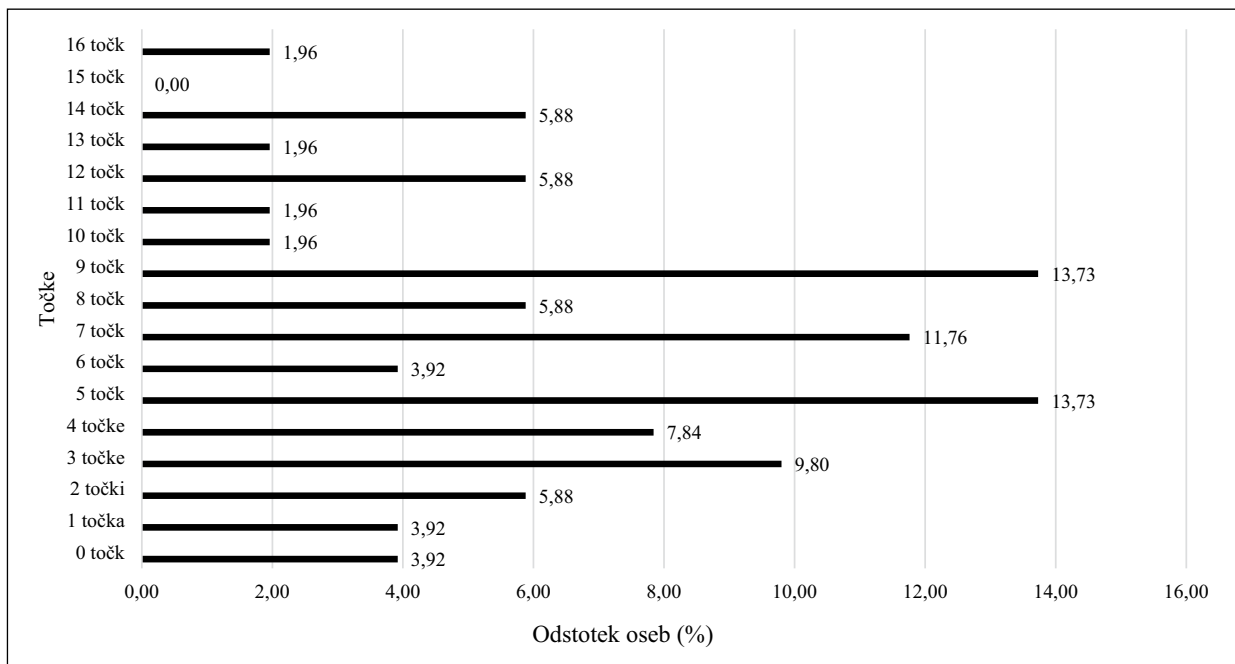
Diskusija

Kot pravijo Kamalifard et al. (2014), je za potrditev tveganja za razvoj poporodne depresije pri očetu na Edinburški lestvici poporodne depresije potrebnih dvanajst točk ali več. Na podlagi tega kriterija je v naši raziskavi 16 % očetov z dejavniki tveganja za razvoj poporodne depresije. Naš delež nekoliko presega odstotke, ki so poročali v tujih raziskavah (Kamalifard et al., 2014; Asper et al., 2018), v katerih so uporabili enak raziskovalni instrument in enako mejo za določanje oseb, s tveganjem za nastanek poporodne depresije (≥ 12). Razlog za to je najverjetneje v manjšem

Tabela 1: Povprečje doseženih točk pri posameznem vprašanju
Table 1: Average number of points achieved in each question

| Trditev/Statement | \bar{x} | s |
|---|-----------|------|
| Uspe mi, da se nasmejim in vidim smešno plat stvari. | 0,2 | 0,53 |
| Veselim se stvari. | 0,22 | 0,46 |
| Po nepotrebem se obremenjujem, kadar gredo stvari narobe. | 1,53 | 0,81 |
| Brez pravega razloga sem tesnoben in zaskrbljen. | 1,31 | 0,88 |
| Brez pravega razloga se počutim prestrašeno ali panično. | 1,04 | 0,87 |
| Stvari se mi nakopičijo. | 0,98 | 0,97 |
| Bil sem tako nesrečen, da sem slabo spal. | 0,9 | 1,06 |
| Počutil sem se žalostno ali nesrečno. | 0,49 | 0,68 |
| Bil sem tako nesrečen, da sem se jokal. | 0,12 | 0,33 |
| Pomislil sem, da bi si kaj storil. | 0 | 0 |

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



Slika 1: Delež udeležencev raziskave glede na število doseženih točk po Edinburški lestvici poporodne depresije ($n = 51$)

Figure 1: The proportion of participants according to the gathered scores on the Edinburgh postpartum depression scale ($n = 51$)

vzorcju in v dejstvu, da so odgovarjali bolj motivirani (tisti, ki so presodili, da njihovo mentalno zdravje ni dobro). Vsekakor pa raziskava daje implikacije, da tudi slovenski očetje niso izjema, torej spadajo v skupino s tveganjem za razvoj poporodne depresije. Delež je podoben rezultatom ocenam nekaterih raziskav v tujini (Bazemore & Paulson, 2010; Gawlik et al., 2013; Asper et al., 2018).

Anketiranci niso pokazali namere in misli na samomor, vseeno pa so bile zbrane točke po Edinburški lestvici poporodne depresije pri nekaterih dokaj visoke (največje 16 zbranih od 30 možnih). Na podlagi teh rezultatov bi bilo v prihodnosti smiselno več pozornosti nameniti tudi duševnemu zdravju partnerjev otročnic, saj njihova depresija lahko vpliva tudi na zdravje ostalih članov družine (Ramchandani et al., 2011; Meltzer-Brody & Stuebe, 2014; Bruno et al., 2020). V to raziskavo bi morali vključiti vse zdravstvene delavce, ki so v stiku z otročnicami in njihovimi partnerji. To so: babice, patronažne medicinske sestre na terenu, zdravniki, ginekologi in medicinske sestre v dispanzerjih. Glede na to, da na poporodni ginekološki pregled partner ne pride z otročnico, prav tako na pediatrični pregled novorojenčka največkrat ne, bi bilo mentalno zdravje očetov najboljše zajeti v sestavnem delu poporodnih obiskov na domu. Ti pregledi po porodu bi morali poskrbeti tudi za psihološko podporo in zdravstveno-vzgojno delo v smislu krepitev duševnega

zdravja, da bodo prepoznali in znali pravočasno ter pravilno ukrepati ob pojavu simptomov, značilnih za poporodno depresijo. Najpomembnejše je, da se starše opogumi, da nam lahko zaupajo tudi morebitna negativna občutja po rojstvu otroka, in jim damo vedeti, da bodo njihove težave sprejete in da zaradi tega ne bodo stigmatizirani (Newman et al., 2019). Potrebno bi bilo organizirati tudi podporne skupine po porodu, to je srečanja novih staršev s starši, ki so že imeli take težave, pri čemer bi lahko skupaj prediskutirali o občutjih in preko izkušenj ter nasvetov prebродili oziroma preprečili nastanek psiholoških obolenj. Osredotočenost na obravnavo v poporodnem obdobju je potrebno razširiti z ženske in otroka na celotno družino (Dunford & Granger, 2017).

Presejanje in določanje očetov z dejavniki tveganja za razvoj poporodne depresije z Edinburško lestvico poporodne depresije je preprosto in hitro. Glede na naše rezultate je prevedena in moškimi prilagojena Edinburška lestvica poporodne depresije dovolj kakovostna. Koficient Cronbach alfa kaže na visoko zanesljivost kar potrjujejo tudi druge raziskave (Matthey, Barnett, Kavanagh, & Howie, 2001; Edmondson, Psychogiou, Vlachos, Netsi, & Ramchandani, 2010; Carlberg, Edhborg, & Lindberg, 2018).

Potrebno je poudariti tudi omejitve raziskave, predvsem zaradi majhnega vzorca v primerjavi s tujimi raziskavami (Kamalifard et al., 2014; Asper et al.,

2018; Grey et al., 2018; Kiviruusu et al., 2020). Najprej je bil cilj pilotne raziskave ovrednotiti veljavnost Edinburške lestvice poporodne depresije za očete v Sloveniji. Glede na rezultate bi lahko v prihodnosti raziskavo ponovili na večjem vzorcu. Ob tem bi bilo smiselno ugotavljati tudi socio-demografske podatke, kot so pretekli stresni dogodki, depresija partnerice, socio-ekonomski status, izobrazba, zadovoljstvo s partnersko zvezo idr., za katere nekatere raziskave (Bazemore & Paulson, 2010; Grey et al., 2018) kažejo, da so lahko napovedovalci oz. dejavniki tveganja za izbruh poporodne depresije pri očetih.

Zaključek

Raziskava je pokazala, da so tudi v Sloveniji očete, ki so v prvem poporodnem letu v tvegani skupini za razvoj poporodne depresije. Zaželeno je raziskava na večjem vzorcu, da bi določili zanesljivost podatkov in večjo zanesljivost ocene pojavnosti med slovenskim prebivalstvom. Vsekakor pa že preliminarni rezultati kažejo potrebo, da zdravstveni strokovnjaki in strokovnjakinje, ki obravnavajo ženske in dojenčke v prvem letu njihovega življenja, več pozornosti namenijo tudi duševnemu zdravju njihovih partnerjev. Glede na medsebojno dinamiko članov družine, njihovo duševno stanje pomembno sooblikuje družinsko vzdušje. Presejanje moških na poporodno depresijo v Sloveniji bi lahko izvedli na enem od poporodnih obiskov na domu. Zdravstvenim delavcem in delavkam bi presejanje olajšalo celostno obravnavo družine. Očete, pri katerih bi se pokazali dejavniki tveganja za poporodno depresijo, bi lahko napotili k osebnim zdravnikom in ob pokazani potrebi na nadaljnjo psihološko oziroma psihiatrično obravnavo.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava ni bila izvzeta od soglasja za raziskavo od etične komisije, saj smo bili v bližnjem in osebnem kontaktu s sodelujočimi. Soglasje za raziskavo je odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (Sklep št. 0120-412/2019/4)./This research of anonymous entries was not exempt from approval by the ethical committee, because we were in close and personal contact with participants. Our request for approval from the ethical committee was accepted (Decision No. 0120-412/2019/4).

Prispevek avtorjev/Author contributions

Oba avtorja sta enakovredno prispevala k zasnovi raziskave, pregledu literature in pisanju besedila./All authors contributed equally to study design, literature search and writing of the manuscript.

Literatura

Asper, M. M., Carlberg, M., Hallen, N., Månsdotter, A., Carlberg, M., & Wells, M. B. (2018). Screening fathers for postpartum depression can be cost-effective: An example from Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 241(1), 154–163.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.044>

PMid:30121448

Bazemore, S. D., & Paulson, J. F. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 303(19), 1961–1969.

<https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>

PMid:20483973

Bruno, A., Celebre, L., Mento, C., Rizzo, A., Silvestri, M. C., & De Stefano, R. (2020). When fathers begin to falter: A comprehensive review on paternal perinatal depression. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1139–1157.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17041139>

PMid:32053929; PMCID:PMC7068539

Carlberg, M., Edhborg, M., & Lindberg, L. (2018). Paternal perinatal depression assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and possible risk factors. *American Journal of Men's Health*, 12(4), 720–729.

<https://doi.org/10.1177/1557988317749071>

PMid:29350097; PMCID:PMC6131440

Dunford, E., & Granger, C. (2017). Maternal guilt and shame: Relationship to postnatal depression and attitudes towards help-seeking. *Journal of Child & Family Studies*, 26(6), 1692–1701.

<https://doi.org/10.1007/s10826-017-0690-z>

Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: Assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 125(1/3), 365–368.

<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jad.2010.01.069>

PMid:20163873; PMCID:PMC2927780

Gawlik, S., Müller, M., Hoffmann, L., Dienes, A., Wallwiener, M., & Sohn, C. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Archives of Women's Mental Health*, 17(1), 49–56.

<https://doi.org/10.1007/s00737-013-0377-4>

PMid:24022743

- Grey, P. B., Reece, J., Coore Desal, C., Dinnall-Johnson, T., Pellington, S., & Bateman, A. (2018). Patterns and predictors of depressive symptoms among Jamaican fathers of newborns. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(10), 1063–1070.
<https://doi.org/10.1007/s00127-018-1566-2>
PMid:30062481
- Kamalifard, M., Hasanpoor, S., Kheiroddin, J. B., Panahi, S., & Payan, S. B. (2014). Relationship between fathers' depression and perceived social support and stress in postpartum period. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), 57–66.
<https://doi.org/10.5681/jcs.2014.007>
- Kiviruusu, O., Pietikäinen, J. T., Kylliäinen, A., Pölkki, P., Saarenpää-Heikkilä, O., & Marttunen, M. (2020). Trajectories of mothers' and fathers' depressive symptoms from pregnancy to 24 months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 260(1), 629–637.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.038>
PMid:31542556
- Koprivnik, P., & Plemenitaš, A. (2005). Pojavnost depresij v poporodnem obdobju v slovenskem vzorcu. *Medicinski razgledi*, 44(2), 139–145. Retrieved September 12, 2020 from <https://medrazgl.si/pojavnost-depresij-v-poporodnem-obdobju-v-slovenskem-vzorcu/>
- Newman, T. P., Hirst, J., & Darwin, Z. (2019). What enables or prevents women with depressive symptoms seeking help in the postnatal period. *British Journal of Midwifery*, 27(4), 219–227.
<https://doi.org/10.12968/bjom.2019.27.4.219>
- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J., & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of Affective Disorders*, 64(2/3), 175–184.
[https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00236-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00236-6)
- Meltzer-Brody, S., & Stuebe, A. (2014). The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 49–60.
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.009>
PMid:24063973; PMCID:PMC3947371
- Ramchandani, P. G., Psychogiou, L., Vlachos, H., Iles, J., Sethna, V., & Netsi, E. (2011). Paternal depression: An examination of its links with father, child and family functioning in the postnatal period. *Depression and Anxiety*, 28(1), 471–477.
<https://doi.org/10.1002/da.20814>
PMid:21506206; PMCID:PMC3128925
- Skočir, A. P. (2005). Glavne značilnosti poporodne depresije. *Obzornik zdravstvene nege*, 39(2), 119–129. Retrieved September 12, 2020 from <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2542>

Citirajte kot/Cite as:

Karić, A., & Mivšek, A. P. (2022). Uporaba Edinburške lestvice poporodne depresije za presejanje očetov na poporodno depresijo: pilotna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(2), 117–122. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3036>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem: opisna raziskava

Satisfaction of nursing students with clinical practice: A descriptive research

Anet Rožnik^{1, *}, Anika Božič¹, Mirko Prosen², Sabina Ličen²

Ključne besede: izkušnja; podpora; klinični mentor; praktično usposabljanje; izobraževanje

Key words: experience; support; clinical supervisor; clinical practice; education

¹ Splošna bolnišnica Izola, Polje 40, 6310 Izola, Slovenija

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

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
anet.roznik@gmail.com

Članek je nastal v okviru predmeta Teoretični in znanstveni temelji napredne zdravstvene nege na študijskem programu druge stopnje Zdravstvena nega Fakultete za vede o zdravju Univerze na Primorskem.

IZVLEČEK

Uvod: Na kliničnem usposabljanju ima podpora kliničnih mentorjev ključno vlogo pri zadovoljstvu študentov. Namen raziskave je bil raziskati zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem in oceniti stopnjo podpore, ki so je bili deležni.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja. Instrument raziskave je bil vprašalnik zaprtega tipa (CLEI-19) z 19 trditvami. Raziskava je potekala na priložnostnem vzorcu študentov dodiplomskega študijskega programa zdravstvene nege ($n = 106$) ene izmed fakultet v Sloveniji. Pri statistični analizi podatkov sta bili uporabljeni deskriptivna ter interferenčna statistika (Mann-Whitneyjev U-test).

Rezultati: Rezultati kažejo zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem ($\bar{x} = 3,55$, $s = 1,064$, $p < 0,001$) in zaznano podporo kliničnih mentorjev ($\bar{x} = 3,70$, $s = 0,856$, $p < 0,001$). Med študenti zdravstvene nege ni opaziti statistično pomembnih razlik med spoloma, načinoma študija in letnikoma študija ($p > 0,05$) tako v povezavi z zadovoljstvom z zadnjim kliničnim usposabljanjem kot z zaznano podporo kliničnega mentorja.

Diskusija in zaključek: Študenti izkazujejo zadovoljstvo s kliničnim usposabljanjem in med njegovim izvajanjem občutijo podporo kliničnega mentorja. Z namenom ohranjanja tovrstne kakovosti klinične izkušnje in njene nadgradnje bi bilo smiselno v usposabljanje kliničnih mentorjev vključiti več vsebin o mentorskih kompetencah, ki bi izboljšale zadovoljstvo študentov s kliničnim usposabljanjem in povečale podporo mentorjev.

ABSTRACT

Introduction: Clinical supervisor support during clinical practice is one of the key elements in the satisfaction of nursing students. The aim of this study was to present the satisfaction of nursing students with clinical practice and to assess the level of support they received.

Methods: A quantitative non-experimental method of empirical research was conducted. The research instrument was a closed-ended questionnaire (CLEI-19) with 19 statements. The research was conducted on a convenience sample of undergraduate nursing students ($n = 106$) attending one Slovenian faculty. In statistical data analysis, the descriptive and inferential statistics (Mann-Whitney U-test) were used.

Results: The results show that nursing students are satisfied with the clinical learning environment ($\bar{x} = 3,55$, $s = 0,856$, $p < 0,001$) and perceived support from their clinical supervisors ($\bar{x} = 3,70$, $s = 1,064$, $p < 0,001$). There were no statistically significant differences among nursing students between genders, full- or part- time enrollment, or year of study ($p > 0,05$) regarding their satisfaction with the clinical learning environment nor perceived support from their clinical supervisor.

Discussion and conclusion: Students express satisfaction with their clinical practice and the support they have received from their clinical supervisors. To maintain and improve the quality of clinical experience, more content regarding mentoring competencies that would improve student satisfaction with clinical practice and clinical mentor support should be included in the training of clinical supervisors.



Prejeto/Received: 14. 1. 2022
Sprejeto/Accepted: 1. 6. 2022

<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3158>

Uvod

Študenti zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju razvijajo spretnosti za prenos teorije v prakso ter sposobnost analitičnega in kritičnega razmišljanja, ki med drugim vpliva tudi na pomemben cilj izobraževalnih programov zdravstvene nege – razvoj kompetenc (Čuk, 2016). V času mentoriranja študenti razvijajo svoje spretnosti in potencialne ter pridobivajo tiste veščine, ki jih potrebujejo za samostojno in suvereno delo na poklicni poti, na katero se pripravljajo (Kermavnar & Govekar-Okoliš, 2016). Skela-Savič (2016) poudarja, da lahko študenti dosežejo kompetence študijskega programa samo, če sta teoretično izobraževanje in klinično usposabljanje med seboj povezana.

Na dodiplomskem študijskem programu »Zdravstvena nega« so v skladu z zahtevami Evropske unije postavljeni minimalni standardi za klinično usposabljanje: polovica ur v študijskem programu je namenjena usposabljanju v kliničnih okoljih (Čuk, 2016; Pramila-Savukoski et al., 2019). To predstavlja pomemben element v procesu izobraževanja s področja zdravstvene nege, saj študentom nudi pogoje za pridobivanje in poglobljanje znanja, izkušnje s strokovnega področja in vpliva na razvoj njihovih osebnih ter profesionalnih vrednot (Seničar, 2018). Z namenom kakovostne izvedbe kliničnega usposabljanja so v Veliki Britaniji oblikovali nacionalne smernice, ki usmerjajo razvoj in kakovost v zdravstveni negi (Nursing and Midwifery Council, 2010). Slednje med drugim predpisujejo, da mora biti mentor študentu dostopen vsaj 40 % časa, ko je ta fizično prisoten na kliničnem usposabljanju, ter da mora biti študent ob tem vseskozi spremljan in usmerjan.

Klinični mentor je v proces vključen z namenom, da študent sledi njegovi praksi, spozna delovno okolje, se uči poklicnega vedenja, postaja učinkovitejši v lastnih interpretacijah različnih veščin in znanj ter razvija veščine, ki so potrebne za opravljanje določenega dela (Kermavnar & Govekar-Okoliš, 2016). Priporočeno je, da ima vsak študent svojega kliničnega mentorja, ki je ustrezno usposobljen za delo s študenti, ima veliko strokovnega znanja in izkušenj, visoko razvite osebne in profesionalne vrednote, dobre organizacijske in komunikacijske sposobnosti ter veselje do dela s študenti (Seničar, 2018). Prav tako se od kliničnega mentorja pričakuje, da je sposoben študente voditi in jih usmerjati (Pramila-Savukoski et al., 2019) ter jim daje pozitivno podobo, s katero prenaša svoje znanje in spretnosti, kar predstavlja najuspešnejšo in najučinkovitejšo obliko izobraževanja (Seničar, 2018). Klinični mentor je med kliničnim usposabljanjem odgovoren za varnost pacienta in študenta, za izvajanje kakovostne prakse in za razvijanje študentovih kompetenc. Vse to vpliva na raven pridobljenega znanja in zadovoljstvo študentov s kliničnim usposabljanjem (Skela-Savič, 2015).

Papastavrou, Dimitriadou, Tsangari, & Andreou (2016) so v raziskavi ugotovili, da na stopnjo zadovoljstva pri študentih zdravstvene nege vpliva vključenost študentov v timsko delo in zanimanje zdravstvenega osebja za učne potrebe študentov. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Phillips, Mathew, Aktan, & Catano (2017) ter Rodríguez-García, Gutiérrez-Puertas, Granados-Gámez, Aguilera-Manrique, & Márquez-Hernández (2021), ki dodajajo, da je za zagotavljanje pozitivnih učnih izidov izjemnega pomena tudi okolje, ki nudi podporo. Študenti si na kliničnem usposabljanju želijo biti slišani, želijo si konstruktivnih povratnih informacij, jasnih in dobro načrtovanih delovnih nalog ter zadovoljevanja individualnih učnih potreb. Seničar (2018) navaja, da ima pri tem veliko vlogo klinični mentor, ki se po najboljših močeh trudi izpolniti študentova pričakovanja, ga motivira, vključuje v aktivnosti ter prisluhne njegovim željam in jih poskuša tudi upoštevati.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil raziskati zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem, saj je njihova pozitivna izkušnja prepoznana kot ključni element uspešnega prehoda novodiplomiranih študentov v klinično okolje (Kaihlainen, Lakanmaa, & Salminen, 2013; Woo & Newman, 2020). Cilj raziskave je bil ugotoviti zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem in oceniti nudeno podporo s strani kliničnega mentorja. Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako so študenti zdravstvene nege zadovoljni z zadnjim kliničnim usposabljanjem?
- Kolikšno podporo kliničnega mentorja imajo študenti zdravstvene nege pri pridobivanju novih znanj na kliničnem usposabljanju?
- Kako se zadovoljstvo s kliničnim usposabljanjem in zaznana podpora kliničnega mentorja statistično značilno razlikujeta glede na demografske in druge podatke študentov (spol, letnik študija, način študija)?

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativnem empiričnem neeksperimentalnem pristopu. Za zbiranje podatkov je bila uporabljena tehnika spletnega anketiranja.

Opis instrumenta

Za izvedbo kvantitativne metode raziskovanja smo uporabili vprašalnik CLEI-19 (*Abbreviated Clinical Learning Environment Inventory*), ki je prestal natančen proces validacije (Salamonson et al., 2011). Izvirni vprašalnik in dovoljenje za njegovo uporabo v raziskovalne namene smo pridobili pri

avtorici vprašalnika. Lestvico smo s pomočjo dveh neodvisnih strokovnjakov prevedli v slovenski jezik in jo prilagodili slovenskemu kulturnemu okolju (World Health Organization, n. d.). Nato je bila izvedena analiza vsebinske veljavnosti z namenom ugotoviti, ali je vsebina lestvice primerna za ciljno populacijo (Basham, Jordan, & Hoefler, 2009). Pilotno študijo smo izvedli na desetih strokovnjakih zdravstvene nege (Saunders, Lewis, & Thornhill, 2009), ki so vprašalnik izpolnili in imeli na razpolago prostor za pisanje komentarjev, povezanih z morebitnim težjim razumevanjem trditev. Na podlagi njihovih pripomb smo vprašalnik prilagodili in s tem zagotovili vsebinsko ustrezne rezultate.

Vprašalnik je razdeljen na dva sklopa in vsebuje 23 vprašanj ter trditev. Prvi sklop vprašalnika vključuje demografske podatke: spol, starost, letnik študija in način študija (redni/izredni študij). V drugem sklopu vprašalnika se trditve nanašajo na stališča študentov zdravstvene nege o njihovem zadovoljstvu s kliničnim usposabljanjem in na podporo kliničnih mentorjev, ki jim je bila nudena na njihovem zadnjem kliničnem usposabljanju. Slednje je bilo poudarjeno tako na naslovni strani vprašalnika kot v navodilih pred trditvami. Anketiranci so 19 trditev iz drugega sklopa ocenjevali na podlagi štiristopenjske Likertove lestvice, kjer izbor 1 pomeni »sploh se ne strinjam«, izbor 4 »popolnoma se strinjam«, vmesni oceni pa ustrezata vmesnima stopnjama strinjanja. V vprašalniku je devet trditev obratno kodiranih, pri čemer ocena 4 pomeni »sploh se ne strinjam« in ocena 1 »popolnoma se strinjam«. Pri vrednotenju odgovorov se ocenjevalna lestvica točkuje od 1 do 5, pri čemer manjkajočo vrednost točujemo s 3 (Salamonson et al., 2011). Ocene anketirancev smo spremenili v točke, pri čemer višje vrednosti predstavljajo višjo stopnjo zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem (21 do 35 točk) in večjo podporo kliničnega mentorja (36 do 60 točk), nižje vrednosti pa nižjo stopnjo zadovoljstva (7

do 20 točk) ter manjšo podporo kliničnega mentorja (12 do 35 točk). Vrednost koeficienta Cronbach alfa za celotno prevedeno različico CLEI-19 znaša 0,956, kar kaže na odlično stopnjo zanesljivosti oziroma odlično notranjo konsistentnost vprašalnika (Field, 2013).

Opis vzorca

Anketiranje je potekalo na priložnostnem vzorcu študentov zdravstvene nege. Raziskavo smo izvedli na eni izmed fakultet v Sloveniji, med rednimi in izrednimi študenti 2. in 3. letnika dodiplomskega študijskega programa »Zdravstvena nega«. V raziskavo je bilo vključenih 106 oseb, 20 moških in 86 žensk, starih med 19 in 46 let, ($\bar{x} = 23,36$, $s = 5,838$, [95 % CI 22, 23, 24, 25]), kar pomeni da se 95 % anketiranih nahaja znotraj omenjenega intervala starosti. V študijskem letu 2021/22 je 2. in 3. letnik dodiplomskega študijskega programa »Zdravstvena nega« sodelujoče fakultete (brez absolventov in tistih brez statusa študenta) obiskovalo 220 študentov. 106 anketirancev tako predstavlja 48,2 % izbrane populacije, s čimer smo dosegli primerno velikost vzorca. Pri obdelavi podatkov smo upoštevali le tiste anketne vprašalnike, ki so bili v celoti izpolnjeni. Demografski in drugi podatki anketirancev so predstavljeni v Tabeli 1.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je bilo anonimno in prostovoljno. Spletni vprašalnik, ki mu je bilo dodano pojasnilo o namenu in načinu izpolnjevanja, je bilo mogoče izpolniti v odprtokodni aplikaciji za spletno anketiranje Ika.si v času od 11. novembra do 7. decembra 2021. Po tem datumu anketa ni bila več dostopna. Pri izvedbi anketiranja smo kot dodatno metodo povečevanja vzorca uporabili metodo snežne kepe. Prošnjo za reševanje ankete smo naslovili na študente tutorje, predstavnike letnikov in referat sodelujoče fakultete

Tabela 1: Demografske in druge značilnosti vzorca

Table 1: Demographic and other characteristics of the sample

| Spremenljivka/Variable | n | % |
|---|----|------|
| Spol | | |
| Moški | 20 | 18,9 |
| Ženski | 86 | 81,1 |
| Letnik študija | | |
| 2. letnik dodiplomskega študijskega programa »Zdravstvena nega« | 59 | 55,7 |
| 3. letnik dodiplomskega študijskega programa »Zdravstvena nega« | 47 | 44,3 |
| Način študija | | |
| Redni študij | 82 | 77,4 |
| Izredni študij | 24 | 22,6 |

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

ter jim na njihove univerzitetne elektronske naslove poslali enolični krajevni vir (ang. *Uniform Resource Locator* – URL) do spletnega vprašalnika.

Podatki, ki so jih anketiranci posredovali z odgovarjanjem na vprašanja, so se zbrali v bazi podatkov na spletnem strežniku, do katerega je lahko dostopal le prvi avtor. V procesu zbiranja podatkov se je tako oblikovala podatkovna baza z odgovori anketirancev brez njihovih imen in priimkov ter elektronskih naslovov, s čimer je bila zagotovljena anonimnost. Pridobljene empirične podatke v celoti izpolnjenih anketnih vprašalnikov smo pozneje uvozili, uredili in statistično obdelali v programu IBM SPSS, verzija 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Za analizo so bile uporabljene naslednje statistične metode: deskriptivna statistika (frekvenca, zgornja meja, spodnja meja, povprečje, standardni odklon) in zaradi nenormalne porazdelitve podatkov (Shapiro – Wilkov test, $p < 0,05$) Mann-Whitneyjev U-test. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je 0,05.

Rezultati

Povprečna ocena vseh trditev vprašalnika ($\bar{x} = 3,61$, $s = 0,897$, [95 % CI 3,44, 3,78]) na podlagi anketiranih študentov zdravstvene nege kaže na zadovoljstvo s kliničnim usposabljanjem ter dobro podporo kliničnega mentorja v času usposabljanja. V Tabeli 2 je prikazana opisna statistika posameznih podskupin vprašalnika kot tudi celotnega vprašalnika.

Anketirani študenti so izrazili zadovoljstvo s kliničnim usposabljanjem, saj vsota povprečnih vrednosti vseh trditev znaša 25,93 ($Me = 21$ točk, nižje točke nakazujejo nezadovoljstvo, višje zadovoljstvo). V omenjeni podskupini so se v največji meri strinjali s trditvami »Rad/-a sem hodil/-a na klinično usposabljanje« ($\bar{x} = 3,77$, $s = 1,197$); da klinično usposabljanje za študente ni bilo dolgotrajno ($\bar{x} = 3,71$, $s = 1,272$) in ni bilo potrata časa ($\bar{x} = 4,04$, $s = 1,210$). Rezultati so pokazali tudi zadovoljstvo študentov po zaključeni delovni izmeni na kliničnem usposabljanju ($\bar{x} = 3,73$, $s = 1,192$). Študenti zdravstvene nege so večje strinjanje izrazili s trditvami v podskupini o

podpori kliničnega mentorja, saj je vsota povprečnih vrednosti 42,62 ($Me = 36$, nižje točke nakazujejo neizraženo podporo kliničnega mentorja, višje pa izraženo podporo). V ocenjevani podskupini so se najbolj strinjali s trditvijo »Klinični mentor mi je pomagal, če sem pri intervenciji zdravstvene nege imel/-a težave« ($\bar{x} = 4,10$, $s = 1,004$), takoj za tem pa s trditvijo o upoštevanju študentovih čustev s strani kliničnega mentorja ($\bar{x} = 3,58$, $s = 1,129$). Rezultati so pokazali tudi delno strinjanje študentov zdravstvene nege s trditvama o zanimivem ($\bar{x} = 3,05$, $s = 1,198$) in inovativnem ($\bar{x} = 3,02$, $s = 1,280$) načinu mentorjeve priprave študenta na izvedbo intervencije zdravstvene nege. Svoje nestrinjanje so v največji meri izrazili glede mentorjeve neprijaznosti in brezobzirnosti ($\bar{x} = 1,78$, $s = 1,014$) in s tem, da je klinični mentor pri razlagi pogosto zašel s teme ($\bar{x} = 2,18$, $s = 1,022$).

V Tabeli 3 so predstavljeni rezultati, ki smo jih pridobili s pomočjo Mann-Whitneyjevega U-testa, s katerim smo ugotavljali statistično pomembne razlike med študenti zdravstvene nege glede njihovega zadovoljstva z zadnjim kliničnim usposabljanjem v povezavi z njihovimi demografskimi in drugimi podatki. Med študenti zdravstvene nege ni opaziti statistično pomembnih razlik med spoloma, načinoma študija ter letnikoma študija v povezavi z zadovoljstvom z zadnjim kliničnim usposabljanjem. Najmanjšo razliko v zadovoljstvu sicer lahko opazimo med spoloma, saj so moški ($\bar{x} = 3,79$, $s = 1,056$) slednjemu le malenkost bolj naklonjeni v primerjavi z ženskami ($\bar{x} = 3,69$, $s = 1,071$). Najbolj se povprečne vrednosti razlikujejo glede na letnik študija, saj je 2. letnik dodiplomskega študijskega programa »Zdravstvena nega« ($\bar{x} = 3,80$, $s = 0,964$) v primerjavi s 3. letnikom istega programa ($\bar{x} = 3,59$, $s = 1,179$) ocenil zadovoljstvo z zadnjim kliničnim usposabljanjem za 0,21 bolje.

Statistično pomembne razlike študentov zdravstvene nege pri zaznani podpori kliničnega mentorja so predstavljene v Tabeli 4. Tudi te smo pridobili z Mann-Whitneyjevim U-testom. Ponovno se je izkazalo, da pri študentih zdravstvene nege ni statistično pomembnih razlik med spoloma, načinoma študija ter letnikoma

Tabela 2: Opisne značilnosti in rezultati povprečnih vrednosti posameznih podskupin celotnega vprašalnika

Table 2: Descriptive characteristics and results of the average values of individual subgroups of the entire questionnaire

| Podskupina/Subgroup | n | 95 % CI | | \bar{x} | s | p |
|--|----|------------------------------|------------------------------|-----------|-------|-------|
| | | Spodnja meja/ Lower limit | Zgornja meja/ Upper limit | | | |
| Podpora kliničnega mentorja | 12 | 3,50 | 3,91 | 3,70 | 0,856 | 0,000 |
| Zadovoljstvo s praktičnim usposabljanjem | 7 | 3,39 | 3,72 | 3,55 | 1,064 | 0,000 |
| Celotni vprašalnik (obe podskupini) | 19 | 3,44 | 3,78 | 3,61 | 0,897 | 0,000 |

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

Tabela 3: Zadovoljstvo s kliničnim usposabljanjem med študenti zdravstvene nege glede na njihove demografske in druge podatke**Table 3:** Satisfaction with clinical setting among nursing students according to their demographic and other data

| Spremenljivka/Variable | \bar{x} | s | U | p |
|---|-----------|-------|----------|-------|
| Spol | | | | |
| Moški | 3,79 | 1,056 | 829,000 | 0,805 |
| Ženski | 3,69 | 1,071 | | |
| Letnik študija | | | | |
| 2. letnik dodiplomskega študijskega programa »Zdravstvena nega« | 3,80 | 0,964 | 1294,000 | 0,555 |
| 3. letnik dodiplomskega študijskega programa »Zdravstvena nega« | 3,59 | 1,179 | | |
| Način študija | | | | |
| Redni študij | 3,75 | 1,032 | 884,500 | 0,451 |
| Izredni študij | 3,55 | 1,180 | | |

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

Tabela 4: Ocena podpore kliničnega mentorja, ki jo študenti zdravstvene nege čutijo med kliničnim usposabljanjem glede na njihove demografske in druge podatke**Table 4:** Assessment of clinical facilitator support towards learning component according to their demographic and other data

| Spremenljivka/Variable | \bar{x} | s | U | p |
|---|-----------|-------|---------|-------|
| Spol | | | | |
| Moški | 3,67 | 0,892 | 756,500 | 0,403 |
| Ženski | 3,52 | 0,850 | | |
| Letnik študija | | | | |
| 2. letnik dodiplomskega študijskega programa »Zdravstvena nega« | 3,66 | 0,808 | 1215,00 | 0,275 |
| 3. letnik dodiplomskega študijskega programa »Zdravstvena nega« | 3,42 | 0,904 | | |
| Način študija | | | | |
| Redni študij | 3,59 | 0,841 | 902,500 | 0,538 |
| Izredni študij | 3,42 | 0,910 | | |

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

študija ($p > 0,05$) v povezavi z zaznano podporo kliničnega mentorja v času kliničnega usposabljanja. Povprečne vrednosti sicer kažejo, da je največja razlika zaznana med letnikoma študija, saj so študenti 2. letnika ($\bar{x} = 3,66$, $s = 0,808$) slednjemu bolj naklonjeni kot študenti 3. letnika ($\bar{x} = 3,42$, $s = 0,904$). Kljub temu med njimi ni statistično značilnih razlik ($p > 0,05$).

Diskusija

Ugotovili smo, da so študenti zdravstvene nege zadovoljni s kliničnim usposabljanjem in zaznano podporo kliničnega mentorja. Med študenti ni statistično pomembnih razlik med spoloma, načinoma študija in letnikoma študija tako v povezavi z zaznano podporo kliničnega mentorja kot z zadovoljstvom z zadnjim kliničnim usposabljanjem.

Namen kliničnega usposabljanja je vzpostaviti varen prostor, kjer študenti teoretično znanje povezujejo s praktičnimi izkušnjami in jih preoblikujejo v strokovne veščine. Vendar raziskave kažejo, da vsa klinična usposabljanja ne vplivajo ugodno na učne izide ali na razvoj kompetenc. Študenti zdravstvene nege, ki so sodelovali v kvantitativni raziskavi, so klinična usposabljanja namreč zaznali kot stresna, saj morajo hkrati igrati vlogo posameznika, ki se uči in dela (Papastavrou et al., 2016).

Na pripravljenost za delo po zaključenemu študiju pomembno vpliva več elementov, med drugim tudi zadovoljstvo študentov, ki ga določata osredotočenost kliničnega okolja na študente in individualiziran ter inovativen pristop s strani kliničnega mentorja (Dudley, Khaw, Botti, & Hutchinson, 2020). Na podlagi tega smo oblikovali prvo raziskovalno vprašanje,

vezano na zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem. Podobno kot Papastavrou et al. (2016) ter Rodríguez-García et al. (2021) smo tudi mi ugotovili pozitiven odnos študentov do kliničnega usposabljanja, anketirani so se ga radi udeleževali in bili z izkušnjami zadovoljni. Papastavrou et al. (2016) so ugotovili, da je zadovoljstvo dodiplomskih študentov zdravstvene nege na Cipru povezano s pedagoško naravnanim vzdušjem, slogom vodenja na kliničnem oddelku, zunanjim izgledom prostorov, možnostjo supervizije in načinom mentorstva, Rodríguez-García et al. (2021) pa v pregledu literature navajajo še zagotavljanje konstruktivnih povratnih informacij študentom, individualno pripravo in jasno načrtovane naloge.

V raziskavi smo ugotavljali tudi podporo, ki jo študenti čutijo s strani kliničnega mentorja. Raziskovalci se strinjajo, da je nudenje podpore ena izmed osnovnih nalog kliničnega mentorja in da močno vpliva na izkušnjo s kliničnim usposabljanjem (Papastavrou et al., 2016; Pramila-Savukoski et al., 2019; Woo & Li, 2020). Njegova vloga je predvsem vodenje in usmerjanje študentov z namenom pridobivanja kompetenc zdravstvene nege (Ramšak Pajk, 2016). Poleg omenjenega naj bi klinični mentorji podpirali študente pri opredeljevanju učnih ciljev, izbirali primerne aktivnosti zdravstvene nege, razvijali študentove sposobnosti za reševanje problemov in ocenjevali njihovo delo (Mikkonen, Riklikiene, Filej, & Kaučič, 2021). V naši raziskavi so študenti pozitivno ocenili nudeno podporo kliničnega mentorja. Ta se je kazala predvsem z mentorjevim spodbujanjem in zanimanjem za študenta, empatičnim pristopom ter pomočjo pri izvedbi intervencij zdravstvene nege. Čuk, Trobec, & Žvanut (2014) dodajajo, da na zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem vpliva njihova vključenost v timsko delo, možnost aktivnega sodelovanja na strokovnih sestankih in pridobivanje povratne informacije o uspešnosti učenja. Tudi raziskava, ki sta jo Kermavnar & Govekar-Okoliš (2016) naredili med študenti 2. in 3. letnika dodiplomskega študijskega programa zdravstvene nege v izbranem učnem zavodu, je pokazala, da največ študentov od kliničnega mentorja pričakuje ravno pomoč pri pridobivanju in utrjevanju praktičnih spretnosti, pomoč pri povezovanju pridobljenega teoretičnega znanja s prakso, od učnih oblik pa so najbolj pogosto izrazili željo po svetovanju, ki je hkrati tudi najpogostejša oblika mentoriranja. V naši raziskavi smo ugotovili tudi, da so klinični mentorji pri pripravi študenta na intervencijo zdravstvene nege zmeroma inovativni in zanimivi. Do podobne ugotovitve sta prišla tudi Woo & Li (2020) pri anketiranju študentov zdravstvene nege v Singapurju, ki so pri svojih kliničnih mentorjih opazili pomanjkanje inovativnosti v pedagoškem procesu.

Zanimala nas je tudi statistično pomembna razlika med zadovoljstvom študentov zdravstvene nege

glede na demografske in druge podatke. Tako kot Papastavrou et al. (2016) ter Rodríguez-García et al. (2021) smo tudi mi zaznali trend zmanjševanja zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem med študijem. Razlog za navedeno omenjeni avtorji vidijo v razvoju študentov, ki zvišuje njihove cilje, želje in pričakovanja. Menimo, da med izvajanjem številnih kliničnih usposabljanj na različnih področjih zdravstvenega varstva študenti jasno izoblikujejo zelene načine dela, pričakovan mentorjev pristop in odnos ter pričakovane učne izide. Poleg tega so študenti v 3. letniku vključeni v več krajših kliničnih usposabljanj na različnih področjih zdravstvene nege kot v 2. letniku, ko so za daljši čas razporejeni le na dve področji. Razlog za slabše ocenjeno zadovoljstvo pri višjih letnikih torej vidimo v razdrobljenosti kliničnih usposabljanj in razkoraku med že vidnim ter trenutno izkušnjo s kliničnim usposabljanjem. Manjšo razliko v zadovoljstvu smo, tako kot Salamonson et al. (2015), opazili med rednimi (nezaposlenimi) in izrednimi študenti, ki so povečini redno zaposleni v zdravstvu. Razlog za nižje zadovoljstvo pri študentih z zaposlitvijo vidijo v preveliki obremenjenosti, ki na splošno negativno vpliva na študijsko izkušnjo (Salamonson et al., 2015). Kljub nekaterim zaznanim razlikam med spremenljivkami rezultati niso izkazovali statistično pomembnih razlik med njimi.

Statistično pomembne razlike smo nazadnje iskali tudi med zaznano podporo s strani kliničnega mentorja glede na demografske in druge podatke. Med študenti 2. in 3. letnika dodiplomskega študijskega programa »Zdravstvena nega« smo ugotovili manjšo razliko pri zaznani podpori kliničnega mentorja. Menimo, da študenti 3. letnika občutijo manj podpore, ker so pri delu samostojnejši in bolj suvereni kot študenti 2. letnika, ki v okviru študijskega procesa prvič vstopajo na sekundarno raven zdravstvenega varstva. Izvajanje kliničnega usposabljanja na sekundarni ravni namreč pomeni izvajanje zahtevnejših diagnostično-terapevtskih postopkov in sodelovanje v kompleksnejših obravnavah pacientov. Prav zaradi tega študenti 2. letnika potrebujejo in občutijo večjo podporo kliničnih mentorjev. Menimo, da je opažena manjša razlika pri zaznani podpori kliničnega mentorja med rednimi in izrednimi študenti prav tako posledica vpetosti izrednih študentov v delovni proces zdravstvene nege, saj so večinoma že zaposleni in prihajajo na klinično usposabljanje z več znanja in izkušenj. Tudi v tem delu raziskave med rezultati ni bilo zaznanih statistično pomembnih razlik med skupinami.

Na zadovoljstvo s kliničnim usposabljanjem močno vplivata vzdušje, ki je potrebno za kakovostno učenje in poučevanje (Čuk, Trobec, & Žvanut, 2014), ter vpetost visokošolskega učitelja, ki je zadolžen za organizacijo in izvedbo kliničnega usposabljanja (Filej, 2019). Večja vključenost visokošolskega učitelja bi delovala kot povezovalni člen med teoretičnim in praktičnim

znanjem ter med varnim okoljem specialnih učilnic na fakulteti in kliničnimi okolji, hkrati pa prispevala k lažjemu prehodu v delovno okolje po zaključku študija (Prosen, Karnjuš, & Ličen, 2017).

Kot omejitve raziskave je treba izpostaviti dejstvo, da so anketiranci študenti le ene izmed zdravstvenih fakultet v Sloveniji, kar pomeni, da rezultatov ne moremo posplošiti na celotno populacijo dodiplomskih študentov študijskega programa »Zdravstvena nega« po državi. Morda bi bilo v vzorec nadaljnjih raziskav smiselno vključiti tudi preostale fakultete in s tem zagotoviti njegovo reprezentativnost. Poleg stopnje zadovoljstva bi lahko v prihodnje s kvalitativno raziskovalno metodo vključili tudi razloge za zadovoljstvo, ki jih iz rezultatov uporabljene lestvice ne moremo razbrati. Tovrstne raziskave bi pripomogle k standardizaciji izvajanja kliničnega usposabljanja zdravstvene nege v slovenskem prostoru. Kljub temu da je na podlagi koeficienta Cronbach alfa vprašalnik izkazoval odlično stopnjo zanesljivosti, bi bilo za njegovo nadaljnjo rabo v prihodnje nujno opraviti celotno psihometrično validacijo vprašalnika.

Zaključek

Klinično usposabljanje je osnova izobraževanja v zdravstveni negi in predstavlja pomemben člen povezovanja teoretičnih ter praktičnih vsebin zdravstvene nege. Študent lahko ovrednoti svoje teoretično znanje in ga dopolni s praktičnim le z izkušnjami kliničnega usposabljanja. Na slednje v veliki meri vpliva klinični mentor, ki ima s svojim vzorom in zgledom vpliv na razvoj veščin, znanja in profesionalnosti študenta. V raziskavi smo ugotovili, da so študenti zdravstvene nege večinoma zadovoljni s kliničnim usposabljanjem in da pri tem čutijo ustrezno podporo kliničnega mentorja. V prihodnje bi bilo smiselno v raziskovanje vključiti tudi druge slovenske fakultete, raziskati razloge za zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem in opraviti validacijo uporabljenega vprašalnika. Zdi se, da je nujno potrebno tesnejše povezovanje visokošolskih učiteljev in kliničnih mentorjev ter redno spremljanje zadovoljstva študentov s kliničnim usposabljanjem. Vedno moramo namreč strmeti k izboljšanju pogojev za pridobivanje novih znanj ter s tem omogočiti napredek v izobraževanju študentov.

Zahvala/Acknowledgements

Radi bi se zahvalili vsem študentom zdravstvene nege, ki so si vzeli čas in izpolnili vprašalnik. Hvala tudi dr. Yenni Salamonson za razumevanje in hitro odzivnost pri posredovanju originalnega vprašalnika./ We would like to express our gratitude to all nursing students for taking time to complete the questionnaire. We would also like to thank Dr. Yenni Salamonson for

her understanding and quick response in sharing the original questionnaire.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

Prispevek avtorjev/Author contributions

Koncept raziskave so avtorji zastavili skupaj. Prvi in drugi avtor sta opravila raziskavo, izvedla statistično analizo podatkov in pripravila prvi osnutek članka. Tretji in četrti avtor sta sodelovala pri metodološki zasnovi raziskave, opravila kritični pregled osnutka in dopolnila končno različico članka. Avtorji so prebrali in odobrili končni prispevek./The authors jointly conceptualised the study design. The first and the second author conducted the research, performed statistical analysis of the data and prepared the first draft of the article. The third and fourth author contributed in drafting the methodological concept of the research, prepared a critical review of the article and contributed to the final version of the article. The authors read and approved the final version of the paper.

Literatura

Basham, R. E., Jordan, C., & Hofer, R.A. (2009). Reliability and validity in quantitative measurement. In B. A. Thyer (Eds.), *The Handbook of social work research methods* (2nd ed., pp. 51–64). Thousand Oaks: SAGE.

<https://doi.org/10.4135/9781412986182.n4>

Čuk, V., Trobec, I., & Žvanut, B. (2014). The development of students' competences from the perspective of a clinical environment and mentor's role. *Journal of Health Sciences*, 1(2), 44–56. Retrieved November 10, 2021 from https://fzv.uni-nm.si/uploads/custom/FZV_pripone/revija_jhs_2014_v1n2.pdf

- Čuk, V. (2016). Pomen razvoja kompetenc pri študentih zdravstvene nege. In S. Pivač, B. Skela Savič, & S. Hvalič Touzery (Eds.), *10. šola za klinične mentorje: Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu: Zbornik predavanj/10. šola za klinične mentorje, Jesenice, 13. 10. 2016* (pp. 8–16). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
- Dudley, M., Khaw, D., Botti, M., & Hutchinson, A. F. (2020). The relationship between the undergraduate clinical learning environment and work readiness in new graduate nurses: A pre-post survey study. *Nurse Education Today*, 94, Article 104587. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104587> PMID:32927394
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4th ed., pp. 62–80). Los Angeles: Sage. Retrieved December 18, 2021 from https://books.google.si/books?id=c0Wk9IuBmAoC&printsec=frontcover&hl=sl&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Filej, B. (2019). Pomen mentorskih kompetenc za kakovostno izvajanje kliničnega usposabljanja študentov zdravstvene nege. In G. Laznik (Ed.), *Vloga mentorja pri soočanju študenta zdravstvene nege z oskrbo pacienta ob zaključku življenja* (pp. 1–6), Novo mesto: Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede. Retrieved December 18, 2021 from <http://www.uni-nm.net/publikacije/2019/pkm/#p=5>
- Kaihlanen, A. M., Lakanmaa, R. L., & Salminen, L. (2013). The transition from nursing student to registered nurse: The mentor's possibilities to act as as supporter. *Nurse Education in Practice*, 13(5), 418–422. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.01.001> PMID:23415959
- Kermavnar, N., & Govekar-Okoliš, M. (2016). Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22(2), 23–37. <https://doi.org/10.4312/as.22.2.23-37>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Mikkonen, K., Riklikiene, O., Filej, B., & Kaučič, B. M. (2021). Napredne mentorske kompetence: *moduli I-III naprednih mentorskih kompetenc*. Celje: Visoka zdravstvena šola. Retrieved April 15, 2022 from https://www.qualment.eu/wp-content/uploads/2021/12/QualMent_M1_M2_M3_ISBN_final_30062021_SI.pdf
- Nursing and Midwifery Council (2010). *Standards for pre-registration nursing education*. Retrieved from December 20, 2021 from <https://www.nmc.org.uk/standards/standards-for-nurses/pre-2018-standards/standards-for-pre-registration-nursing-education/>
- Papastavrou, E., Dimitriadou, M., Tsangari, H., & Andreou, C. (2016). Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: A research study. *BMC Nursing*, 15(44). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0164-4> PMID:27436992; PMCid:PMC4949757
- Phillips, K. F., Mathew, L., Aktan, N., & Catano, B. (2017). Clinical education and student satisfaction: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(2), 205–213. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.03.004> PMID:31406743; PMCid:PMC6626144
- Pramila-Savukoski, S., Juntunen, J., Tuomikoski, A. M., Kääriäinen, M., Tomietto, M., Kaučič, B. M. ... Mikkonen, K. (2019). Mentors' self-assessed competence in mentoring nursing students in clinical practice: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5/6), 684–705. <https://doi.org/10.1111/jocn.15127> PMID:31794105
- Prosen, M., Karnjuš, I., & Ličen, S. (2017). Developing Cross-cultural competences among nursing students. In S. Rutar, S. Čotar-Konrad, T. Štemberger, & S. Bratož (Eds.), *Perspectives of internationalisation and quality in higher education*. (pp. 199–213). Koper: Založba Univerze na Primorskem.
- Ramšak Pajk, J. (2016). Vloga mentorjev pri kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege. In S. Pivač, B. Skela Savič, & S. Hvalič Touzery (Eds.), *10. šola za klinične mentorje: Razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu: Zbornik predavanj* (pp. 4–7). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
- Rodríguez-García, M. C., Gutiérrez-Puertas, L., Granados-Gámez, G., Aguilera-Manrique, G., & Márquez-Hernández, V. V. (2021). The connection of the clinical learning environment and supervision of nursing students with student satisfaction and future intention to work in clinical placement hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7/8), 986–994. <https://doi.org/10.1111/jocn.15642> PMID:33432645
- Salamonson, Y., Bourgeois, S., Everett, B., Weaver, R., Peters, K., & Jackson, D. (2011). Psychometric testing of the abbreviated Clinical Learning Environment Inventory (CLEI-19). *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2668–2676. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05704.x> PMID:21722165
- Salamonson, Y., Everett, B., Halcomb, E., Hutchinson, M., Jackson, D., Mannix, J. ... Weaver, R. (2015). Unravelling the complexities of nursing students' feedback on the clinical learning environment: A mixed methods approach. *Nurse Education Today*, 35(1), 206–211. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.005> PMID:25200510

- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students*. Harlow: Pearson Education.
- Seničar, Z. (2018). Medgeneracijsko sodelovanje: mentor – mentoriranec. In B. Nose, & T. Radovan (Eds.), *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov: zbornik prispevkov/10. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 18. in 19. januar 2018* (pp. 124–140). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede. Retrieved November 10, 2021 from http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/Zbornik_DMT_2018.pdf
- Skela-Savič, B. (2015). Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), 320–333. <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.4.79>
- Skela Savič, B. (2016). 10 let šole za klinične mentorje na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. In S. Pivač, B. Skela Savič, & S. Hvalič Touzery (Eds.), *10. šola za klinične mentorje: razvoj mentorske vloge in promocija zdravja na delovnem mestu: Zbornik predavanj* (pp. 1–3). Jesenice: Fakulteta za zdravstvo.
- Woo, M. W. J., & Li, W. (2020). Nursing students' views and satisfaction of their clinical learning environment in Singapore. *Nursing Open*, 7(6), 1909–1919. <https://doi.org/10.1002/nop2.581> PMID:33072376; PMCID:PMC7544841
- Woo, M. W. J., & Newman, S. A. (2020). The experience of transition from nursing students to newly graduated registered nurses in Singapore. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(1), 81–90. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.11.002> PMID:32099864; PMCID:PMC7031122
- World Health Organization. (n. d.). *Whodas 2,0 translation package (version 1.0) Translation and linguistic evaluation protocol and supporting material*. Retrieved December 20, 2021 from <https://terrance.who.int/mediacentre/data/WHODAS/Guidelines/WHODAS%202.0%20Translation%20guidelines.pdf>
- 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), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Citirajte kot/Cite as:

Rožnik, A., Božič, A., Prosen, M., & Ličen, S. (2022). Zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem: opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(2), 123–131. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3158>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Odnos študentk in študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti: kvantitativna opisna raziskava

Attitudes of female and male nursing students towards homosexuality: A quantitative descriptive research

Rebeka Lekše¹*, Ana Marija Capuder², Aleš Vehar³, Katja Vehar³, Sabina Ličen⁴

Ključne besede: percepcija; izobraževanje; istospolna usmerjenost; kulturne kompetence

Key words: attitude; education; homosexuality; cultural competences

¹ Artros d. o. o., Tehnološki park 21, 1000 Ljubljana, Slovenija

² Splošna bolnišnica Izola, Urgentni center, Polje 40, 6310 Izola, Slovenija

³ Zavod Fitlab, Partizanska ulica 8A, 1370 Logatec, Slovenija

⁴ Univerza na Primorska, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
rebeka.lekse@gmail.com

Članek je nastal v okviru predmeta Znanost in teorija zdravstvene nege na študijskem programu druge stopnje Zdravstvena nega Fakultete za vede o zdravju Univerze na Primorskem.

IZVLEČEK

Uvod: Predsodki in diskriminacija spolnih manjšin ostajata kljub družbenim spremembam vsesplošno razširjena težava. Istospolno usmerjeni posamezniki in usmerjene posameznice so izpostavljeni in izpostavljeni velikemu negativizmu in nasilju, kar škodljivo vpliva na psihološko, fizično in socialno zdravje ter dobro počutje posameznika in skupnosti. Namen raziskave je bil raziskati odnos študentk in študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativno deskriptivna neeksperimentalna metoda. Raziskava je bila izvedena decembra 2020 s tehniko anketiranja. V priložnostni vzorec je bilo vključenih 114 dodiplomskih in podiplomskih študentk in študentov zdravstvene nege. Uporabljena je bila prirjena slovenska različica vprašalnika *Index of Attitudes towards Homosexuals*. Notranja konsistentnost vprašalnika je znašala 0,94.

Rezultati: Polovica (56,1 %) anketiranih ve, da spolna identiteta posameznika označuje njegovo kulturo in zato spada na področje kulturnih kompetenc, 74,6 % jih meni, da med študijem o tem niso dobili dovolj znanja. Večina (86,8 %) študentov pozna nekoga, ki je istospolno usmerjen. Obstajajo statistično pomembne razlike v odnosu do homoseksualnosti med študenti na podlagi demografskih in drugih podatkov ($p < 0,05$). Najbolj pozitivno stališče do homoseksualnosti so pokazali ateisti, ženske, študentje, stari od 21 let do 30 let, in študentje 2. letnika dodiplomskega študija.

Diskusija in zaključek: Študenti in študentke zdravstvene nege imajo do homoseksualnosti pozitivno stališče. V študij zdravstvene nege je treba vključiti dodatna znanja s področja kulturnih kompetenc.

ABSTRACT

Introduction: Prejudice and discrimination against sexual minorities remain a widespread problem despite social changes. Homosexual individuals are exposed to strong negativism and violence, which has a detrimental effect on the psychological, physical and social health and well-being of individuals and the community. The purpose of the study was to research the attitudes of female and male nursing students towards homosexuality.

Methods: A non-experimental quantitative descriptive research method was used. The research was conducted in December 2020 with a survey technique. The convenience sample included 114 undergraduate and postgraduate nursing students. Data were collected through the online Slovenian version of the questionnaire "Index of Attitudes towards Homosexuals". The internal consistency of the questionnaire was 0.94.

Results: Half (56.1%) of the respondents know that an individual's gender identity characterizes their culture and is, therefore, a component of cultural competencies. 74.6% of them believe that they did not gain enough knowledge about this topic during their studies. The majority (86.8%) of students know someone who is gay. There are statistically significant differences in attitudes towards homosexuality among students, based on demographic and other data ($p < 0.05$). The most positive attitude towards homosexuality was shown by atheists, women, students aged 21 to 30 and second-year undergraduate students.

Discussion and conclusion: Nursing students have a positive attitude towards homosexuality. It is necessary to include knowledge of cultural competencies in the study course.



Prejeto/Received: 4. 3. 2021
Sprejeto/Accepted: 8. 4. 2022

<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3094>

Uvod

Homoseksualnost je v *Slovarju slovenskega knjižnega jezika* (Pogačnik, 2018) opredeljena kot »spolna nagnjenost do oseb istega spola«. V literaturi najdemo tudi kratico »LGBTQ«, ki označuje »lezbijke, geje, biseksualne, transspolne in transeksualne ter queer osebe.« Uporaba akronima pogosto variira (npr. LGBT, GLBTQ, LGBTIQ, LGBTQ+ idr.) (Bibič, Lemaic, Oblak, Pirih, & Topolovec, 2011).

Homofobija na drugi strani je definirana kot negativen občutek, stališče oziroma obnašanje do ljudi, ki imajo drugačno spolno usmerjenost ali se identificirajo drugače kot heteroseksualci (Gonenc & Erenel, 2018). Isti vir navaja, da homofobija vključuje občutke strahu, jeze, gnusa in sovraštva proti LGBT-posameznikom in njihovim spolnim željam ter praksam.

Skupnost LGBT je raznolika. Predstavlja posameznike z različnimi ozadji, raso, etničnostjo, starostjo, spolom, socialnoekonomskim statusom in identiteto. V procesu družbene integracije posamezniki pogosto izkusijo stigmo in diskriminacijo pa tudi nasilje in viktimizacijo, zaradi česar prikrivajo svojo spolno usmerjenost. Heteronormativnost ustvarja socialno stigmo, ki je neposredno povezana z neenakostmi v zdravju (Lim & Hsu, 2016). Posledice so pravna diskriminacija, neenak dostop do zdravstvene obravnave, pomanjkanje socialnih programov, pomanjkanje kompetentnih in sočutnih ponudnikov zdravstvenih storitev ter strokovnjakov, ki imajo na področju posebnosti skupnosti LGBT posebna znanja (Mitchell, Lee, Green, & Skyes, 2016).

Raziskave (Chapman, Watkins, Zappia, Nicol, & Shields 2012; Strong & Folse, 2014) kažejo, da imajo študenti zdravstvene nege pogosto negativna stališča in pomanjkljivo znanje o skupnosti LGBT. Negativni predsodki in obsojanje zdravstvenih delavcev, še posebej medicinskih sester, ki s pacienti preživijo največ časa, imajo pomemben negativen učinek na kakovost izvedene zdravstvene obravnave (Carabez, Pellegrini, Mankovitz, Eliason, & Dariotis, 2015). Carabez et al. (2015) navajajo, da je eden izmed razlogov za takšno vedenje lahko pomanjkanje usmerjene, celovite izobrazbe. Cornelius & Carrick (2015) ugotavljata, da je znotraj študijskih programov zdravstvene nege izjemno malo ali nič vsebin, ki bi se osredotočale na neheteroseksualne vidike zdravstvene obravnave. Kljub strinjanju, da je učenje študentov zdravstvene nege o homoseksualnosti pomembno, in kljub želji po večji vključitvi znanj o posebnostih in specifičnih zdravstvenih težavah, s katerimi se sooča skupnost LGBT, ta zaradi rigidno načrtovanega kurikula ostaja aktualna težava (Strong, et al., 2014; Rowe, O'Keefe, & Crawford 2017). Rowniak (2015) opisuje, da je namen izobraževalnega procesa predvsem opolnomočiti študente z znanjem in sočutjem za zdravstveno

obravnavo ranljivih skupin ter razvoj medkulturnih kompetenc, kar bi posledično izboljšalo zdravstvene izide za paciente, družino in družbo. Vključitev znanj s področja medkulturnih kompetenc predstavlja osnovo za optimalno, kakovostno in celovito zdravstveno nego in hkrati pomembno vpliva na samozavest študentov zdravstvene nege (Lim & Hsu, 2016; Gonenc & Erenel, 2018).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšen je odnos študentov zdravstvene do homoseksualnosti in kakšna stališča imajo do istospolno usmerjenih. Cilj raziskave je bil raziskati in prepoznati dejavnike, ki vplivajo na odnos študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti.

Na podlagi cilja smo zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen odnos imajo študenti zdravstvene nege do homoseksualnosti?
- Kako demografski in drugi podatki študentov zdravstvene nege vplivajo na njihov odnos do homoseksualnosti?
- Kakšne so razlike v odnosu do homoseksualnosti med študenti glede na demografske in druge podatke?

Metode

V raziskavi je bila uporabljena opisna eksplorativna neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja s tehniko anketiranja.

Opis instrumenta

V raziskavi je bil uporabljen spletni vprašalnik, ki smo ga povzeli po že preizkušenem vprašalniku *Index of Attitudes towards Homosexuals* – IAH (Hudson & Ricketts, 1980). Vprašalnik je sestavljen iz treh sestavnih delov. Prvi sestavni del vprašalnika se nanaša na demografske podatke anketirancev: spol, starost, regija prebivališča, študij, zaposlitev, delovno dobo in veroizpoved. Drugi sestavni del vprašalnika zajema petindvajset trditev o odnosu anketirancev do homoseksualnosti, na katere so odgovarjali na podlagi petstopenjske Likertove lestvice strinjanja (1 – popolnoma se strinjam, 2 – strinjam se, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – ne strinjam se, 5 – sploh se ne strinjam). Tretji sestavni del vprašalnika se nanaša na druge podatke anketirancev, in sicer dve vprašanji o kulturnih kompetencah in eno o tem, ali anketiranec pozna katero istospolno usmerjeno osebo. Zanesljivost petindvajsetih trditev prevedenega vprašalnika, ki se nanašajo na odnos študentov zdravstvenih ved do homoseksualnosti, smo preverili s koeficientom Cronbachova alfa, ki je znašal 0,937, kar potrjuje odlično veljavnost vprašalnika (Field, 2013).

Opis vzorca

Uporabljen je bil priložnostni vzorec študentov, ki so v študijskem letu 2020/2021 obiskovali redni ali izredni študijski program zdravstvena nega na eni izmed zdravstvenih fakultet v Sloveniji. Od skupno 234-ih posredovanih vprašalnikov smo prejeli 114 popolno izpolnjenih vprašalnikov (48 % realizacija vzorca). Povprečna starost študentov, ki so sodelovali v raziskavi, je 24,9 ($s = 6,49$) let. Ostali demografski podatki anketirancev so prikazani v Tabeli 1.

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev
Table 1: Demographic data of study participants

| Spremenljivke/Variable | n | % |
|--------------------------------|----|------|
| Spol | | |
| Moški | 24 | 21,0 |
| Ženski | 90 | 79,0 |
| Starostna skupina | | |
| do 20 let | 8 | 7,0 |
| 21–30 let | 87 | 76,3 |
| 31–40 let | 14 | 12,3 |
| 41–50 let | 5 | 4,4 |
| 51 let ali več | 0 | 0 |
| Veroizpoved | | |
| rimskokatoliška | 60 | 52,6 |
| pravoslavna | 8 | 7,0 |
| protestantska | 1 | 0,9 |
| islam | 8 | 7,0 |
| ateist | 35 | 30,7 |
| drugo (neopredeljen) | 2 | 1,8 |
| Letnik študija | | |
| 1. letnik – dodiplomski študij | 30 | 26,3 |
| 2. letnik – dodiplomski študij | 20 | 17,5 |
| 3. letnik – dodiplomski študij | 15 | 13,2 |
| 1. letnik – podiplomski študij | 18 | 15,8 |
| 2. letnik – podiplomski študij | 3 | 2,6 |
| absolvent | 28 | 24,6 |
| Regija | | |
| Prekmurje | 3 | 2,6 |
| Štajerska | 19 | 16,6 |
| Koroška | 4 | 3,5 |
| Dolenjska | 8 | 7,0 |
| Osrednjeslovenska | 49 | 43,0 |
| Gorenjska | 12 | 10,5 |
| Primorska | 12 | 10,6 |
| Notranjska | 7 | 6,2 |

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

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Spletno anketiranje je potekalo s spletnim orodjem EnKlikAnketa (1KA, 2017). Izpolnjevanje je potekalo po spletnih omrežjih in po načinu snežne kepe. Za preverjanje ustreznosti in razumljivosti anketnega

vprašalnika smo izvedli pilotsko študijo. Zbiranje podatkov je potekalo decembra 2020.

Podatke smo analizirali s programom SPSS, verzijo 23 (IBM, SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Pri analizi podatkov smo uporabili metode deskriptivne statistike (frekvenca, minimum, maksimum, srednja vrednost, povprečje in standardni odklon). Vrednost koeficientov asimetričnosti in koeficientov sploščenosti vprašalnika niso bile med -1 in 1 , kar kaže na nenormalno porazdelitev podatkov (Kolmogorov-Smirnov test $\leq 0,05$), zato smo uporabili neparametrične statistične teste (Mann-Whitneyjev U-test, Kruskal Wallisov H-test, linearno regresijo, test Hi-kvadrat in Spearmanov korelacijski koeficient). Upoštevali smo stopnjo statistične značilnosti pri vrednosti $p < 0,05$. Pri vprašanih odprtega tipa, na katere so anketiranci odgovarjali prosto, smo vsebinsko podobne odgovore kvantificirali, združili in jih razvrstili glede na pogostost odgovora.

Rezultati

V Tabeli 2 prikazujemo rezultate trditve, ki obravnavajo odnos anketirancev do homoseksualnosti. Študenti so na trditve odgovarjali z možnostjo izbire po petstopenjski Likartovi lestvici. Trinajst trditve je bilo obratno kodiranih.

Študentje zdravstvene nege so se bolj ali manj strinjali, da nimajo zadržkov, če bi morali neposredno skupaj delati s homoseksualnim moškim ($\bar{x} = 1,30$, $s = 0,652$). Anketirani bi se na zabavi brez zadržkov pogovarjali s homoseksualno osebo ($\bar{x} = 1,40$, $s = 0,788$) in se ne bi počutili neprijetno, če bi izvedeli, da je njihov nadrejeni homoseksualec ($\bar{x} = 4,59$, $s = 0,815$). Študentje se strinjajo, da se ne bi počutili neprijetno, če bi izvedeli, da je njihov/-a sosed/-a homoseksualec/-ka ($\bar{x} = 4,58$, $s = 0,878$), ne bi jih motilo, če bi ugotovili, da je njihov/-a zdravnik/-ca istospolno usmerjen/-a ($\bar{x} = 1,43$, $s = 0,829$) in nimajo nobenih zadržkov, če bi morali neposredno skupaj delati z istospolno usmerjeno žensko ($\bar{x} = 1,44$, $s = 0,888$).

Trditve, s katerimi se študentje najmanj strinjajo, so: trditve »Počutil/-a bi se neprijetno, če bi me zapeljevala oseba istega spola.« ($\bar{x} = 3,53$, $s = 1,334$), trditve »Počutil/-a bi se neprijetno, če bi izvedela, da mojega zakonca ali partnerja privlači oseba istega spola.« ($\bar{x} = 2,54$, $s = 1,399$) in »Počutil/-a bi se čisto sproščeno, če bi ugotovil/-a, da me privlači oseba mojega spola.« ($\bar{x} = 2,69$, $s = 1,293$).

V nadaljevanju smo študentom postavili tri vprašanja, vezana na kulturne kompetence in poznavanje istospolno usmerjenih posameznikov. Več kot polovica (56,1 %) anketiranih ve, da spolna identiteta posameznika označuje njegovo kulturo in zato spada v področje kulturnih kompetenc. Vseeno rezultati kažejo, da večina anketirancev meni, da med študijem niso pridobili dovolj znanja na področju kulturnih kompetenc (74,6 %). Večina

Tabela 2: Deskriptivna statistika drugega sestavnega dela vprašalnika**Table 2:** Descriptive statistics for the second part of questionnaire

| Trditve/Statements | \bar{x} | s |
|--|-----------|-------|
| Nimam zadržkov, če bi moral/-a neposredno skupaj delati s homoseksualnim moškim. | 1,30 | 0,652 |
| Užival/-a bi na družabnih dogodkih, na katerih bi bili prisotni homoseksualci in/ali homoseksualke. | 1,72 | 1,004 |
| Neprijetno bi se počutil/-a, če bi izvedel/-a, da je moj sosed homoseksualec oziroma moja sosedka homoseksualka. | 4,58 | 0,878 |
| Če bi me oseba istega spola zapeljevala, bi bil/-a jezen/-a. | 3,88 | 1,220 |
| Počutil/-a bi se popolnoma sproščeno, vedoč, da sem privlačen/-a tudi pripadnikom oziroma pripadnicam istega spola. | 2,13 | 1,267 |
| Bilo bi mi neprijetno, če bi me opazili v baru za geje oziroma lezbijke. | 3,56 | 1,399 |
| Počutil/-a bi se neprijetno, če bi me zapeljevala oseba istega spola. | 3,53 | 1,334 |
| Počutil/-a bi se popolnoma sproščeno, če bi ugotovil/-a, da me privlači oseba istega spola. | 2,69 | 1,293 |
| Bil/-a bi razočaran/-a, če bi izvedel/-a, da je moj otrok homoseksualec oziroma homoseksualka. | 4,08 | 1,212 |
| V skupini homoseksualcev bi se počutil/-a živčnega oziroma živčno. | 4,26 | 0,954 |
| Počutil/-a bi se popolnoma sproščeno, vedoč, da je moj duhovnik homoseksualec. | 2,44 | 1,432 |
| Bil/-a bi razburjen/-a, če bi izvedel/a, da je moj brat ali sestra homoseksualec/-ka. | 4,37 | 1,052 |
| Če bi moj otrok bil gej/lezbijka, bi imel/-a občutek, da kot starš nisem uspel/-a. | 4,37 | 1,052 |
| Če bi videl/-a dva moška, kako se v javnosti držita za roke, bi bil/-a zgrožen/-a. | 4,55 | 0,791 |
| Če bi me oseba mojega spola zapeljevala, bi bil/-a užaljen/-a. | 4,21 | 1,037 |
| Počutil/-a bi se popolnoma sproščeno, če bi izvedel/-a, da je učiteljica moje hčerke lezbijka. | 1,93 | 1,276 |
| Počutil/-a bi se neprijetno, če bi izvedel/-a, da mojega zakonca ali partnerja privlači oseba istega spola. | 2,54 | 1,399 |
| Brez zadržkov bi se na zabavi pogovarjal/-a s homoseksualno osebo. | 1,40 | 0,788 |
| Počutil/-a bi se neprijetno, če bi izvedel/-a, da je moj direktor/-ica homoseksualec/-ka. | 4,59 | 0,815 |
| Ne bi me motilo hoditi skozi bolj ali manj gejevski predel mesta. | 1,73 | 1,067 |
| Zmotilo bi me, če bi ugotovil/-a, da je moj/-a zdravnik/-ica homoseksualec/-ka. | 4,57 | 0,829 |
| Počutil/-a bi se popolnoma sproščeno, če bi izvedel/-a, da je moj/-a najboljši/-a prijatelj/-ica mojega spola homoseksualec/-ka. | 1,70 | 1,136 |
| Če bi me oseba mojega spola zapeljevala, bi bil/-a polaskan/-a. | 2,43 | 1,306 |
| Počutil/-a bi se neprijetno, če bi izvedel/-a, da je učitelj mojega sina homoseksualec. | 4,35 | 0,964 |
| Nimam nobenih zadržkov, če bi moral/-a neposredno skupaj delati s homoseksualno žensko. | 1,44 | 0,888 |

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

Tabela 3: Kulturne kompetence in poznavanje homoseksualne osebe**Table 3:** Cultural competencies and knowing a homosexual person

| Vprašanje/ Question | Kategorija odgovorov/ Answer category | % | χ^2 | df | p |
|--|--|------|----------|----|-------|
| Ali veste, da področje spolne identitete posameznika spada na področje kulturnih kompetenc v zdravstveni negi? | Da | 56,1 | 38,232 | 42 | 0,637 |
| | Ne | 43,9 | | | |
| Ali menite, da ste med študijem pridobili dovolj znanja na področju kulturnih kompetenc? | Da | 25,4 | 33,334 | 42 | 0,828 |
| | Ne | 74,6 | | | |
| Ali poznate koga, ki je istospolno usmerjen? | Da | 86,8 | 72,435 | 42 | 0,002 |
| | Ne | 13,2 | | | |

Legenda/Legend: % – odstotek/percentage; χ^2 – test hi-kvadrat/chi square test; df – stopnja svobode/degree of freedom; p – statistična značilnost/statistical significance

anketirancev prav tako (86,8 %) pozna nekoga, ki je istospolno usmerjen. Izračun testa Hi-kvadrat kaže, da anketiranci, ki poznajo istospolno usmerjene posameznike, izražajo bolj pozitivna stališča do homoseksualnosti ($\chi^2 = 72,435$, $p = 0,002$).

V drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, ali demografski in drugi podatki študentov zdravstvene nege vplivajo na njihov odnos do homoseksualnosti.

Regresijski koeficienti so pokazali statistično značilen vpliv starosti na stališča do homoseksualnosti ($F_{1,113} = 4,494$, $p = 0,036$, $R^2 = 0,042$) in delež pojasnjene variance znaša 4,2 %. Pri ostalih demografskih in drugih podatkih regresijski koeficienti niso pokazali statistične značilnosti ($p \geq 0,05$).

Pri ugotavljanju statistično pomembnih razlik v odnosu do homoseksualnosti med študenti zdravstvene

Tabela 4: Odnos do homoseksualnosti v povezavi z demografskimi in drugimi odgovori anketirancev
Table 4: Attitudes towards homosexuality in relation to demographic and other answers of respondents

| Spremenljivke/ Variables | Stališča do homoseksualnosti/ Attitudes towards homosexuality | | | |
|-----------------------------|--|--------------|---------|--------|
| | \bar{x} (s) | F | p | |
| Spol | moški | 2,18 (0,679) | 610,500 | 0,058 |
| | ženske | 1,90 (0,730) | | |
| Starostna skupina | Do 20 let | 2,15 (0,865) | 5,885 | 0,117 |
| | 21–30 let | 1,87 (0,682) | | |
| | 31–40 let | 2,06 (0,607) | | |
| | 41–50 let | 2,76 (1,096) | | |
| Veroizpoved | rimskokatoliška | 2,07 (0,671) | 20,974 | <0,001 |
| | pravoslavna | 2,46 (1,022) | | |
| | islam | 2,33 (0,988) | | |
| | sem ateist | 1,54 (0,414) | | |
| | drugo (neopredeljen) | 1,74 (0,764) | | |
| Letnik študija | 1. letnik dodiplomskega študija | 1,88 (0,712) | 0,096 | 0,953 |
| | 2. letnik dodiplomskega študija | 1,83 (0,572) | | |
| | 3. letnik dodiplomskega študija | 1,91 (0,985) | | |
| | 1. letnik podiplomskega študija | 2,03 (0,626) | | |
| | 2. letnik podiplomskega študija | 1,98 (0,198) | | |
| | absolvent | 2,11 (0,805) | | |

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

nege na podlagi demografskih in drugih podatkov smo uporabili Mann-Whitneyjev U-test in Kruskal Wallisov H-test (Tabela 4).

Na trditve so bolj pozitivno stališče izrazile ženske ($\bar{x} = 1,90$, $s = 0,730$), študentje, stari od 21 let do 30 let ($\bar{x} = 1,87$, $s = 0,682$) in študentje 2. letnika dodiplomskega študija ($\bar{x} = 1,83$, $s = 0,572$).

Statistično pomembne razlike je opaziti pri veroizpovedi, pri čemer so ateisti izrazili najbolj pozitivno stališče do homoseksualnosti ($p < 0,001$). Lestvico s trditvami so višje ocenjevali ateisti ($\bar{x} = 1,54$, $s = 0,414$), neopredeljeni ($\bar{x} = 1,74$, $s = 0,764$) in rimokatoliki ($\bar{x} = 2,07$, $s = 0,671$) v primerjavi s pripadniki islamske skupnosti ($\bar{x} = 2,33$, $s = 0,988$) in pravoslavci ($\bar{x} = 2,46$, $s = 1,022$).

Diskusija

Z raziskavo smo želeli ugotoviti stališča in odnos študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti in prikazati razlike glede na demografske in druge podatke. Ugotovili smo, da imajo anketirani, vključeni v našo raziskavo, izredno pozitiven odnos in stališča do homoseksualnosti, kar je razvidno iz trditve, s katero so se bolj ali manj strinjali, da nimajo zadržkov, če bi morali neposredno sodelovati skupaj s homoseksualnim moškim ali žensko. Ugotovljeno popolnoma nasprotuje ugotovitvam Grabovac, Abramović, Komlenović, Milosević, &

Mustajbegović (2014) in Ng, Yee, Subramaniam, Loh, & Moreira (2015), ki med enakim delom prebivalstva v drugih okoljih opisujejo večinoma negativna stališča študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti. Anketiranci, vključeni v našo raziskavo, so izrazili pripravljenost in odsotnost zadržkov pri navezovanju stikov in vključevanju v pogovor s homoseksualno osebo. Opisano ponovno potrjuje pozitiven odnos do homoseksualnega prebivalstva. Komunikacijske ovire zdravstvenega osebja so namreč ene izmed največjih težav in vzrokov neenakosti pri dostopanju homoseksualnih posameznikov do zdravstvenih storitev (Albuquerque et al., 2016). Mladi člani LGBT-skupnosti imajo pogosto težave s kazanjem spolne identitete prav zaradi pomanjkanja ustrezne komunikacije in partnerskega odnosa od zdravstvenega osebja (Hafeez, Zeshan, Tahir, Jahan, & Naveed, 2017).

Anketirani bi se počutili neprijetno, če bi jih zapeljevala oseba istega spola ali če bi izvedeli, da njihovega zakonca ali partnerja privlači oseba istega spola. Prav tako smo ugotovili, da se vključeni v raziskavo ne bi počutili sproščeno, če bi jih privlačila oseba enakega spola. Opisano kaže na velik vpliv družbe, v kateri so kljub očitni progresivni sprejemljivosti drugačnosti, istospolna usmerjenost, spolnost in spolna identiteta še vedno tabu teme. Podobno ugotavljata Srivastava & Singh (2015), ki opisujeta, da so posamezniki v družbi v določenih

socialnih okoliščinah nepripravljeni za odprt pogovor o spolni vzgoji, spolnih stikih in zdravstvenih tematikah, vezanih na omenjene teme. Vendar vseeno odgovori naših anketirancev kažejo na pozitivne in liberalne spremembe o obravnavanju omenjenih tematik. Anketirancem je prav tako lažje odgovarjati na vprašanja, ki so vezana na družbeno življenje kot na spolno usmerjenost. Podobno v raziskavi ugotavljata tudi Šavli & Ličen (2019).

Pričakovali smo negativen odnos študentov do homoseksualnosti, saj je današnja družba še vedno precej »homofobična«, vendar se odnos do homoseksualnosti spreminja, in sicer v smeri večjega družbenega sprejemanja. K temu je pripomoglo tudi spoznanje, da homoseksualnost ni duševna motnja ali bolezen, prav tako pa se čedalje bolj poudarja strpnost in enakovredne pravice in možnosti vseh ljudi. Velik vpliv imajo mediji, ki utrjujejo ali rušijo določene sprejete vrednote in prepričanja o homoseksualcih (Ayoub & Garretson, 2017). Tudi Patrick et al. (2013) so v svoji študiji ugotovili, da vključevanje homoseksualnosti v socializacijo pripomore k boljšemu sprejemanju istospolno usmerjenih oseb. Veliko več je tudi informativnega in resnega pisanja na to tematiko, predvsem pa spolna usmerjenost ni več tabu tema in jo mediji vključujejo v svoje programe (Juršič, 2015).

Anketirani menijo, da med študijem niso pridobili dovolj znanja na področju kulturnih kompetenc. Enako mnenje so podali anketiranci v raziskavi, ki sta jo izvedli Strong & Folse (2014). Prav pomanjkanje znanja je najpogosteje razlog za pojav homofobije med študenti. Dodatna izobraževanja in vključevanje vsebin iz omenjene tematike pripomorejo k zmanjševanju negativnih stališč do homoseksualnega prebivalstva (Osmanaga, 2015; Gonenc & Erenel, 2018). Pomanjkanje znanja o posebnostih homoseksualnega prebivalstva lahko študente zdravstvene nege kot mogoče strokovnjake na njihovem področju vodi v postavljanje napačnih vprašanj in oblikovanje predsodkov. Strah pred takim odnosom zdravstvenega osebja pa istospolno usmerjenim osebam onemogoča nemoten dostop do zdravstvenih storitev (Grabovac et al., 2014). Izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege vključuje razumevanje več vidikov neke kulture v povezavi z elementi, vključenimi v skrb za zdravje, in sicer so to bolezen, zdravje, preventiva in prehranska podpora. Medkulturna zdravstvena nega je sposobnost medicinske sestre, da oceni in izbere kulturno vezane informacije, ki jih vključi v proces zdravstvene nege in s tem izboljša zdravstvene izide pacientov in tudi njihovo zadovoljstvo (Darnel & Hickson, 2015). Večina anketirancev v naši raziskavi pozna nekoga, ki je istospolno usmerjen. Ugotovili smo, da omenjeni anketiranci kažejo bolj pozitivna stališča do homoseksualnosti. Podobno opisuje tudi Dastan (2013), in sicer da imajo posamezniki, ki vzpostavljajo osebni odnos s homoseksualnimi moški

in ženskami, do njih bolj pozitiven odnos. Opisano ugotavljajo tudi Chapman et al. (2012) ter Lopes Gato & Esteves (2016).

Na podlagi rezultatov smo ugotovili, da imajo pozitivnejši odnos do homoseksualnosti študentje, stari od 21 let do 30 let. Starejši študenti so se na trditve odzvali manj pozitivno, kar kaže na manj pozitivna stališča do dela prebivalstva homoseksualcev. Podobno ugotavlja tudi Osmanaga (2015). V zadnjih letih se vprašanje homoseksualnosti pogosteje omenja, prav tako pa se objavlja več informacij in literature, ki se ukvarjajo z razvijajočo se vlogo homoseksualnosti na skorajda vseh področjih in znotraj vseh aspektov družbe. Prav hitro spreminjajoča družba in širjenje informacij medijev o homoseksualnosti vplivata na mlade (Ayoub & Garretson, 2017), ki v obdobju odrasčanja odkrivajo in eksperimentirajo v odnosih z željo po razumevanju in dajanju prednosti seksualnosti pred ljubeznijo. Mlajše generacije zaradi procesa destigmatizacije spolne prakse (dostopne informacije na spletu, medijska poudarjenost teme, aktivizmi za LGBT, zakonska zaščita pred diskriminacijo in podobno) prej razkrivajo svojo spolno usmerjenost, kot so jo starejše generacije, saj so bile zadnje omenjene soočene z več stigmatizacije in kriminalizacijo homoseksualnosti (Bogataj, 2020).

Ugotovili smo, da bolj pozitivna stališča in odnos do homoseksualnosti izražajo ženske in študentje 2. letnika dodiplomskega študija. Dastan (2013) v svoji raziskavi prav tako ugotavlja, da imajo ženske pozitivnejša stališča do homoseksualnosti kot moški. Pričakovali smo, da bodo ženske izražale pozitivnejšo naravnost do homoseksualnosti v primerjavi z moškimi. Roggemans Spruyt, van Droogenbroeck, & Keppens (2015) navajajo, da negativni odnosi do homoseksualcev nastanejo kot posledica zaznane kršitve tradicionalnih spolnih vlog in so večji pri moških kot pri ženskah. Možna razlaga za razlike v odnosu je, da moški z izražanjem homofobije do homoseksualcev potrjujejo svojo moškost (Turner, 2013). Menimo, da imajo velik vpliv na stališča študentov izobraževalni programi. Predvsem predmeti, kot je sociologija v 2. letniku dodiplomskega študija, ki obravnava teme o spolni usmerjenosti, diskriminaciji, stereotipih do kultur in družbe ter zmanjšuje neenako obravnavo pacientov iz različnih kulturnih okolij (Kljajić, 2018). Nekatere raziskave so pokazale, da imajo moški zaradi pomanjkljivega znanja o homoseksualnosti posledično več negativnih stališč (Chapman et al., 2012; Dunjić-Kostić et al., 2012). Najbolj pozitivno stališče do homoseksualnosti so izrazili ateisti. Opisano kaže na negativen vpliv religioznosti na stališča posameznikov do homoseksualnosti. V socialnem okolju ima veroizpoved večinoma velik vpliv na stališča družbe do manjšinskih skupin, kot je skupnost LGBT (Albuquerque et al., 2016). Lestvico s trditvami so višje ocenjevali ateisti, neopredeljeni in rimokatoliki v primerjavi z islamisti in pravoslavci.

Dunjić-Kostić et al. (2012) so prav tako ugotovili, da so imeli anketiranci, ki so se opredelili v kategorijo ateistov in neopredeljenih, pozitivna stališča do homoseksualnosti v primerjavi s tistimi, opredeljenimi pod religiozno skupino. Kljub temu da so stališča do homoseksualnosti v teh letih postala bolj liberalna, se stopnja homonegativizma znotraj različnih religij razlikuje. Za pripadnike religijskih skupin je značilno, da homoseksualnost pojmujejo kot moralno slabo (Štuhec, 2015) oziroma homoseksualnost dojemajo kot kršenje načel ter grožnjo sistemu, v katerega verujejo (Piumatti, 2017). Meško (2012) poudarja, da so mnoge tradicionalne religijske doktrine sestavljene iz postulata, da družino tvorita moški in ženska, ki preko spolne zveze zasledujeta cilj razmnoževanja; istospolne zveze, z otroki ali brez, tako ne spadajo v ta okvir. Piumatti (2017) zato domneva, da se ta percepcija strahu lahko izraža preko negativnih stališč do istospolno usmerjenih oseb, predvsem v smislu, da bolj kot religiozni posameznik dojema homoseksualnost kot grožnjo svojim vrednotam, bolj verjetno je, da ima negativna stališča do te skupine.

Kot omejitvev raziskave je treba poudariti majhen vzorec in heterogenost anketirancev glede na preiskovane neodvisne spremenljivke (demografski in drugi podatki anketirancev), prav tako je večina anketiranih poznala istospolno osebo, kar bi lahko vplivalo na visoke rezultate raziskave. Pozitiven odnos anketiranih v naši raziskavi kaže na trend izboljševanja odnosa bodočih zaposlenih v zdravstveni negi do homoseksualnosti. Študentje navajajo primanjkljaj znanja iz področja medkulturnih kompetenc, zato bi bila nujna sistematična vključitev izobraževanja na področju kulturnih kompetenc v kurikulum zdravstvene nege z namenom usposabljanja kulturno kompetentnih strokovnjakov zdravstvene nege, ki bi bili sposobni nuditi in izboljšati zdravstveno obravnavo ranljivih skupin znotraj skupnosti LGBT. Predstavnike LGBT-skupnosti bi bilo treba vključiti v program izobraževanja kot govornike za manjšinsko skupino. Študenti zdravstvene nege bodo namreč bodoči zaposleni in nosilci zdravstveno negovalnega procesa, ki gradi na partnerskem odnosu in predstavlja ključno vlogo pri preprečevanju neenakosti v zdravju med homoseksualnim prebivalstvom.

Zaključek

Naša raziskava je pokazala, da imajo študenti zdravstvene nege pozitiven odnos do homoseksualnosti. Anketirani so prav tako izrazili pripravljenost za sodelovanje in komunikacijo s homoseksualno osebo. Ugotovili smo, da so kljub progresivni naravnosti, ki jo prikazujejo pridobljeni rezultati, določene teme še vedno občutljive narave, študenti namreč manj zadržano odgovarjajo na vprašanja, vezana na družbeno življenje kot na spolno usmerjenost. Pomanjkanje znanja je prav tako eden izmed težavnejših

problemov, s katerimi se soočajo študenti zdravstvene nege in potencialno predstavlja podlago za razvoj predsodkov in homofobije. Dodatna izobraževanja bi lahko pripomogla k zmanjševanju negativnih stališč do homoseksualnega prebivalstva. Medkulturna zdravstvena nega je sposobnost medicinske sestre, da oceni in izbere kulturno vezane informacije, ki jih vključi v proces zdravstvene nege in s tem izboljša zdravstvene izide pacientov in njihovo zadovoljstvo. Nujna bi bila sistematična vključitev izobraževanja na področju medkulturnih kompetenc v kurikulum zdravstvene nege z namenom usposabljanja kulturno kompetentnih strokovnjakov zdravstvene nege, ki bi bili sposobni nuditi in izboljšati zdravstveno obravnavo ranljivih skupin znotraj LGBT-skupnosti.

V Sloveniji bi bilo treba izvesti več raziskav, ki bi vključevale različne ranljive skupine iz LGBT-skupnosti in se hkrati usmerjale v področje medkulturnih kompetenc. Pomembnost omenjenih vsebin bi bilo treba prikazati in po potrebi vključiti v izobraževalne programe zdravstvene nege. Z vključitvijo omenjenih vsebin bi prispevali k opolnomočenju prihajajočih generacij medicinskih sester za izvajanje kulturno kompetentne zdravstvene nege.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2016) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (2014)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

Prispevek avtorjev/Author contributions

RL, KV, AV in AMC so opravili raziskavo in pripravili prvi osnutek članka. SL je sodelovala pri metodološki zasnovi raziskave, opravila kritični pregled osnutka in dopolnila končno različico članka./RL, KV, AV and AMC conducted the research and prepared the first draft of the article. SL contributed in drafting the methodological concept of the research, prepared a critical review of the article and completed the final version of the article.

Literatura

- Albuquerque, G. A., Garcia, C. L., Quirino, G. S., Alves, M. J. H., Belem, J. M., Figueiredo, F. W. S. ... Adami, F. (2016). Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16(2), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>
- Ayoub, P. M., & Garretson, J. (2017). 'Getting the message out: Media context and global changes in attitudes toward homosexuality'. *Comparative Political Studies*, 50(8), 1055–1085.
<https://doi.org/10.1177/0010414016666836>
- Bibič, Š., Lemaić, V., Oblak, T., Pirih, T. & Topolovec, M. (2011). *LGBTQ slovar: slovar lezbičnih, gejevskih, biseksualnih, transspolnih, transeksualnih in queer besed*. Ljubljana: Kulturni center Q (klub Tiffany), Društvo ŠKUC.
- Bogataj, K. (2020). *Pripovedi razkritja in življenja po razkritju* (magistrska naloga). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo, Ljubljana.
- Carabez, R., Pellegrini, M., Mankovitz, A., Eliason, M. J., & Dariotis, W. M. (2015). Nursing students' perceptions of their knowledge of lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: Effectiveness of a multi-purpose assignment in a public health nursing class. *The Journal of Nursing Education*, 54(1), 50–53.
<https://doi.org/10.3928/01484834-20141228-03>
- Chapman, R., Watkins, R., Zappia, T., Nicol, P., & Shields, L. (2012). Nursing and medical students' attitude, knowledge and beliefs regarding lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7), 938–945.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03892.x>
- Cornelius, J., & Carrick, J. (2015). A survey of nursing students' knowledge of and attitudes toward LGBT health care concerns. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), 176–178.
<https://doi.org/10.5480/13-1223>
- Dastan, N. B. (2013). The attitudes of nursing students towards lesbians and gay males in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 376–382.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12294>
- Dunjić-Kostić, B., Pantović, M., Vuković, V., Randjelović, D., Totić-Poznanović, S., Damjanović, A. ... Ivković, M. (2012). Knowledge: A possible tool in shaping medical professionals' attitudes towards homosexuality. *Psychiatria Danubina*, 24(2), 143–151. Retrieved March 1, 2021 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22706412/>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Gonenc, I. M., & Erenel, A. S. (2018). Determining homophobic attitudes of nursing students in Turkey and the factors affecting them. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 9, 21–28.
<https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.474857>
- Grabovac, I., Abramović, M., Komlenović, G., Milosević, M., & Mustajbegović, J. (2014). Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. *Collegium Antropologicum*, 38(1), 39–45. Retrieved March 1, 2021 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24851595/>
- Hafeez, H., Zeshan, M., Tahir, M. A., Jahan, N., & Naveed, S. (2017). Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: A literature review. *Cureus*, 9(4), 1–7.
<https://doi.org/10.7759/cureus.1184>
- Hudson, W. W., & Ricketts, W. A. (1980). A Strategy for the Measurement of Homophobia. *Journal of Homosexuality*, 5(4), 357–372.
https://doi.org/10.1300/J082v05n04_02
- Juršič, N. (2015). *Odnos slovenske družbe do homoseksualnosti* (diplomsko delo). Fakulteta za uporabne družbene študije, Nova Gorica.
- Kljajić, A. (2018). *Odnos zdravstvenih delavcev do homoseksualnosti* (diplomsko delo). Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Izola.
- 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
- Lim, F. A., & Hsu, R. (2016). Nursing students' attitudes toward lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: An integrative review. *Nursing Education Perspective*, 37(3), 144–152.
<https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000004>
- Lopes, L., Gato, J., & Esteves, M. (2016). Portuguese medical students' knowledge and attitudes towards homosexuality. *Acta Médica Portuguesa*, 29(11), 684–693.
<https://doi.org/10.20344/amp.8009>
- Meško, T. (2012). *Stališče Rimskokatoliške cerkve in njenih vernikov do homoseksualnosti* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.
- Mitchell, K. M., Lee, L., Green, A., & Skyes, J. (2016). the gaps in health care of the LGBT community: Perspectives of nursing students and faculty. *Interdisciplinary Journal of Undergraduate Research*, 5(5), 21–30. Retrieved March 1, 2021 from <https://digitalcommons.northgeorgia.edu/papersandpubs/vol5/iss1/5/>
- Ng, C., Yee, A., Subramaniam, P., Loh, H. S., & Moreira, P. (2015). Attitudes toward homosexuality among nursing students in a Public University in Malaysia: The religious factor. *Sexuality Research and Social Policy*, 12(3), 1–6.
<https://doi.org/10.1007/s13178-015-0182-0>

- Osmanaga, F. (2015). Student's attitudes toward homosexuality. *European Scientific Journal*, 11(23), 171–183. Retrieved from March 2, 2021 from <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/607>
- Patrick, K., Heywood, W., Simpson, J. M., Pitts, M. K., Richters, J., Shelley, J. M., & Smith, A. M. (2013). Demographic predictors of consistency and change in heterosexuals' attitudes toward homosexual behavior over a two-year period'. *The Journal of Sex Research*, 50(6), 611–619. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.657263>
- Piumatti, G. (2017). A Mediation Model explaining the connection between religiosity and anti-homosexual attitudes in Italy: The effects of male role endorsement and homosexual stereotyping. *Journal of Homosexuality*, 64(14), 1961–1977. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1289005>
- Pogačnik, A. (2018). *Slovar slovenskega knjižnega jezika 2017*. Ljubljana: Založba ZRC, ZRC SAZU.
- Prosen, M. (2018). Developing cross-cultural competences: Opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), 76–80. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.262>
- Roggemans, L., Spruyt, B., Van Droogenbroeck, F., & Keppens, G. (2015). 'Religion and negative attitudes towards homosexuals: An analysis of urban young people and their attitudes towards homosexuality'. *YOUNG*, 23(3), 254–276 <https://doi.org/10.1177/1103308815586903>
- Rowe, D., Ng, Y. C., O'Keefe, L., & Crawford, D. (2017). Providers' attitudes and knowledge of lesbian, gay, bisexual, and transgender health. *Federal Practitioner*, 34(11), 28–34. Retrieved March 2, 2021 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6370394/>
- Rowniak, S. R. (2015). Factors related to homophobia among nursing students. *Journal of Homosexuality*, 62(9), 1228–1240. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1037135>
- Srivastava, S., & Singh, P. (2015). Psychosocial roots of stigma of homosexuality and its impact on the lives of sexual minorities in India. *Open Journal of Social Sciences*, 3, 128–136. <https://doi.org/10.4236/jss.2015.38015>
- Strong K. L., & Folse, V. N. (2014). Assessing undergraduate nursing students' knowledge, attitudes, and cultural competence in caring for lesbian, gay, bisexual, and transgender patients. *Journal of Nursing Education*, 54(1), 45–49. <https://doi.org/10.3928/01484834-20141224-07>
- Šavli, D., & Ličen, S. (2019). Perspektiva študentov zdravstvene nege do istospolno usmerjenih: opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), 309–319. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.4.2976>
- Štuhec, J. I. (2015). Fenomen homoseksualnosti in moralni kriteriji za njegovo družbeno umestitev. *Bogoslovni vestnik*, 75(3), 495–504. Retrieved May 24, 2021 from http://www.teof.uni-lj.si/uploads/File/BV/BV_2015_03/08_Ivan%20Janez%20%C5%A0tuhec%20-%20Fenomen%20homoseksualnosti.pdf
- Turner, M. (2013). *Vloga vrstniške skupine pri krepitevi in ohranjanju adolescentove homofobije* (diplomsko delo). Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Ljubljana.
- 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), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714

Citirajte kot/Cite as:

Lekše, R., Capuder, A. M., Vehar, A., Vehar, K., & Ličen, S. (2022). Odnos študentk in študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti: kvantitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(2), 132–140. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3094>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Prehranjevanje oseb z napredovalo demenco: integrativni pregled literature Nutrition of people with advanced dementia: An integrative literature review

Petra Florjančič¹*, Marija Milavec Kapun²

Ključne besede: kognitivna motnja; podhranjenost; težave s hranjenjem; kakovost življenja; dolgotrajna oskrba; zdravstvena nega

Key words: severe cognitive impairment; malnutrition; feeding problems; quality of life; long-term care; nursing

¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, Slovenija

² Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
petra.florjancic4@gmail.com

Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Petre Florjančič *Zagotavljanje optimalne prehranske obravnave pri starostnikih z napredovalo stopnjo demence v institucionalnem varstvu* (2019).

IZVLEČEK

Uvod: Napredovala stopnja demence je terminalna stopnja v kliničnem poteku demence, za katero sta poleg kognitivnih, telesnih, vedenjskih in psiholoških okvar značilna izguba samostojnosti pri izvajanju osnovnih dnevnih opravil ter visoko tveganje za podhranjenost. Namen raziskave je predstaviti pristope za zagotavljanje optimalne prehranjenosti pri osebah z napredovalo stopnjo demence v institucionalni oskrbi.

Metode: Narejen je bil integrativni pregled literature, objavljene med letoma 2014 in 2019. Za identifikacijo relevantne literature smo uporabili iskalni niz *dementia OR alzheimers OR cognitive impairment OR memory loss AND feeding OR eating OR nutrition*, pregledani sta bili podatkovni bazi CINAHL in MEDLINE. V končno analizo je bilo vključenih 19 člankov.

Rezultati: Izsledki pregleda literature so bili razporejeni v štiri kategorije: (1) spodbujanje samostojnosti pri hranjenju, (2) uporaba prilagojene prehrane, (3) obvladovanje motenj požiranja in (4) na posameznika usmerjena oskrba.

Diskusija in zaključek: Pristopi pri zagotavljanju kakovosti življenja oseb z napredovalo stopnjo demence so usmerjeni k spodbujanju samostojnosti pri hranjenju. Slednje se lahko dosega z intervencijami na področju obvladovanja upada umskih in telesnih sposobnosti, motenj požiranja, z zagotavljanjem prehranskega vnosa *per os* ter izvajanjem oskrbe, usmerjene k posamezniku.

ABSTRACT

Introduction: Advanced dementia is a terminal stage in the clinical course of dementia, characterized by the loss of autonomy in conducting basic activities of daily living and a high risk of malnutrition in addition to severe cognitive, physical, behavioural, and psychological impairment. The article presents approaches to achieving optimal nutrition in the elderly with advanced dementia in long-term care.

Methods: An integrative review of the literature published between 2014 and 2019 was conducted. Using the keywords (*dementia OR alzheimers OR cognitive impairment OR memory loss*) AND (*feeding OR eating OR nutrition*) databases MEDLINE and CINAHL with full texts were searched. The final review included 19 studies.

Results: Based on literature review, the four thematic areas were identified: (1) promoting self-feeding, (2) use of tailored nutrition, (3) swallowing disorder management, (4) person-centred care.

Discussion and conclusion: Approaches to improve or maintain the quality of life of people with advanced dementia focus on encouraging self-feeding and eating independence, which may be achieved through management of mental, functional and swallowing problems, promotion of oral food intake and provision of person-centred care.



Prejeto/Received: 23. 4. 2021
Sprejeto/Accepted: 29. 4. 2022

<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.2.3099>

Uvod

Demenca je skupno poimenovanje za več simptomov različnega izvora, ki jim je skupna okvara spomina, kognitivnih sposobnosti in vedénja posameznika do stopnje, ko je prizadeto izvajanje osnovnih dnevnih opravil (World Health Organization, 2017). Gre za bolezenski proces, ki ga kljub nekaterim podobnostim ne smemo zmotno enačiti s fiziološkim procesom staranja ali starostno pozabljalivostjo (Prince, Albanese, Guerchet, & Prina, 2014; Irwin, Sexton, Daniel, Lawlor, & Naci, 2018; Alzheimer's Association Report, 2020). Potek bolezni se v osnovi deli na zgodnjo, zmerno in napredovalo stopnjo demence (Prince et al., 2014). Napredovala stopnja demence je terminalni stadij demence, za katerega je značilna huda okvara kognitivnih funkcij s pomembno prizadetostjo smiselne komunikacije in samostojnosti opravljanja osnovnih in podpornih dnevnih opravil. Čeprav se lahko klinična slika pri osebah z napredovalo stopnjo demence razlikuje, med njene osnovne karakteristike sodita nezmožnost prepoznave svojcev in predvsem zelo prizadeta verbalna komunikacija. Osebe so inkontinentne na urin in blato ter popolnoma funkcionalno odvisne (Prince et al., 2014). Pogosto so izraženi primitivni refleksi in generalizirana rigidnost (Volkert et al., 2015; Murphy et al., 2016).

Oskrba oseb z napredovalo stopnjo demence se zaradi resnosti in kompleksnosti težav povezuje z višjimi stroški formalne in neformalne oskrbe, visoko stopnjo obremenitve za svojce, pogostejšimi in dolgotrajnejšimi hospitalizacijami ter povečanim tveganjem za institucionalizacijo (Mitchell, 2015; Seidel & Thyrian, 2019; Braun, Kurzmann, Höfler, Haber, & Auer, 2020). Ocenjujejo, da ima tretjina vseh oseb z demenco napredovalo stopnjo bolezni (Pivi, Bertolucci, & Schultz, 2012). V literaturi se omenja visoka 25 % šestmesečna stopnja umrljivosti oseb z napredovalo stopnjo demence in povprečno preživetje od 1,3 do 3 let (Mitchell, 2015).

Kompleksni prehranski problemi imajo obsežen vpliv tako na življenje oseb z napredovalo stopnjo demence kot tudi svojcev in drugih sodelujočih v oskrbi (Hartigan et al., 2016). Razvijejo se kot posledica napredujoče kognitivne okvare, vedenjskih in psiholoških sprememb ter posledično zmanjšanega funkcijskega statusa. Sovplivajo tudi starostno pogojene anatomske in fiziološke spremembe, invalidnost, komorbidnost in multimorbidnost (Volkert et al., 2015; Murphy, Holmes, & Brooks, 2017; Payne & Morley, 2018). Preplet omenjenih dejavnikov vodi v nezadosten prehranski vnos, ki predstavlja visoko stopnjo tveganja za razvoj podhranjenosti oseb z napredovalo stopnjo demence.

Glavni simptom podhranjenosti je izguba telesne mase, pri čemer se za starejše osebe kot potencialno nevarna in klinično pomembna opredeljuje nenamerna izguba več kot 5 % celotne telesne mase

v obdobju 6–12 mesecev (Lopez & Molony, 2018). Podhranjenost oseb z napredovalo stopnjo demence je povezana z zmanjšano kostno maso, slabšim splošnim funkcijskim statusom, pogostejšimi in daljšimi hospitalizacijami ter slabšimi izidi zdravljenja. Je napovedni dejavnik za povečano umrljivost, obolenost in višje stroške oskrbe ter negativno vpliva na samostojnost in kakovost življenja (Ahmed & Haboubi, 2010; Meijers, Schols, & Halfens, 2014; Iuliano, Poon, Wang, Bui, & Seeman, 2017).

Prehranjevanje je v napredovali stopnji demence oteženo zaradi prisotnosti odbijajočih oblik prehranjevalnega vedenja (ang. *aversive feeding behaviour*), med katere uvrščamo apraksijo, agnozijo, odpor do hranjenja, selektivno prehranjevalno vedenje in nekoordinirano požiranje oziroma orofaringealno disfagijo (OD) (Prince et al., 2014). OD pri demenci ni zgolj posledica anatomske okvare oziroma starostne atrofije mišic glave in vratu, ampak jo pomembno sooblikuje tudi kognitivna motnja (Rogus-Pulia, Malandraki, Robbins, & Johnson, 2015; Hartigan et al., 2016). Obvladovanje podhranjenosti in obenem zagotavljanje kakovosti življenja oseb v napredovali stopnji demence predstavlja zaradi kompleksnega prepletanja kognitivnih, telesnih, vedenjskih, socialnih, okoljskih in kulturnih elementov izziv tako za svojce obolelih kot tudi za zdravstveno in ostalo negovalno osebje.

Namen in cilji

Namen raziskave je pregledati ugotovitve obstoječih raziskav na področju pristopov k prehranski obravnavi oseb z napredovalo stopnjo demence. Cilj je identificirati tiste pristope, ki so usmerjeni k doseganju dobrega počutja in optimalne kakovosti življenja oseb z napredovalo stopnjo demence, ki so nastanjene v celodnevni institucionalni oskrbi. Oblikovali smo raziskovalno vprašanje: Kateri prehranski ukrepi prispevajo k doseganju optimalnega dobrega počutja in kakovosti življenja pri osebah z napredovalo stopnjo demence v celodnevni institucionalni oskrbi?

Metode

Narejen je bil pregled literature.

Metode pregleda

Uporabili smo integrativno metodo pregleda literature, ki vključuje šest korakov: opredelitev problema, iskanje literature, ovrednotenje podatkov, analizo podatkov in predstavitev rezultatov (Whittemore & Knafl, 2005). Iskanje literature je potekalo v obdobju od 30. oktobra 2019 do 2. novembra 2019 v bibliografskih podatkovnih bazah CINAHL with full text in MEDLINE. Za iskanje po izvlečkih smo uporabili iskalni niz *dementia OR*

Tabela 1: Izključitveni kriteriji pri izboru člankov**Table 1:** Exclusion criteria for selecting articles

| Primarni izključitveni kriteriji/ Primary exclusion criteria | Sekundarni izključitveni kriteriji/ Secondary exclusion criteria |
|--|---|
| Predmet obravnave so izključno osebe z NSD v bolnišničnem okolju oziroma neobravnavna CIO. | Izvedba raziskave z merskim instrumentom, ki ni primeren za NSD, ali članki z nepopolnim zapisom metodologije iskanja literature. |
| Neobravnavna izključno starejših oseb z NSD, starih vsaj 60 let. | Ni razvidna praktična uporabnost za obravnavo oseb z NSD ali ni prenosljivo v prakso. |
| Osredotočenost na preventivo na področju demence. | Raziskovalni vzorec z manj kot 10 osebami z NSD (izjema: vzorec so osebe v CIO ali zakoniti zastopniki oseb z demenco). |
| Obravnavna izključno stopenj demence, ki niso NSD. | |
| Pretežno psihološka obravnavna oseb z demenco. | |
| Izključno medicinske, laboratorijske, farmacevtske raziskave in raziskave na živalih. | |
| Študije primera, kratki povzetki izvornih raziskav, javnomnenjske in statistične raziskave brez praktične uporabnosti. | |
| Ne povezuje se z nameni in cilji raziskave. | |

Legenda/Legend: CIO – celodnevna institucionalna oskrba/whole-day institutional care; NSD – napredovala stopnja demence/advanced dementia

alzheimers OR cognitive impairment OR memory loss AND feeding OR eating OR nutrition. V pregled smo vključili članke v angleškem jeziku, objavljene v obdobju med letoma 2014 in 2019, ki so recenzirane znanstvene publikacije, dostopne v celotnem obsegu besedila. Z uporabo navedenih kriterijev smo dobili 2.069 zadetkov.

Rezultati pregleda

Primarna selekcija zadetkov je bila narejena na podlagi pregleda naslovov in povzetkov člankov z upoštevanjem vključitvenih kriterijev: pregledni ali izvirni znanstveni članek; obravnavna vidik napredovale stopnje demence oziroma demence in simptomov, značilnih za napredovalo stopnjo; obravnavna področje prehranjevanja v povezavi z vidikom kakovosti življenja oziroma vključuje strokovno utemeljena priporočila ali intervencije za področje prehranjevanja. S tem pregledom smo, vključno s podvojenimi enotami literature, izločili 1.309 zadetkov. V nadaljnji pregled smo vključili 760 ustreznih zadetkov. Sledil je pregled po naslovih in izvlečkih ob upoštevanju primarnih izključitvenih kriterijev (Tabela 1) ter pri tem izločitev 683 zadetkov. Tako smo dobili 77 člankov, ki smo jih prebrali v celoti. Ob upoštevanju dodatnih izključitvenih kriterijev (Tabela 1) smo izločili nadaljnjih 58 člankov. V končno analizo smo vključili 19 člankov. Za prikaz poteka pregleda literature smo uporabili diagram PRISMA (Page et al., 2021) (Slika 1).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

V pregled literature smo vključili izvirne in pregledne znanstvene članke. Kakovost vključene

literature smo kategorizirali po hierarhiji dokazov (Polit & Beck, 2018) in je razvidna iz Tabele 2. Največ člankov je bilo na ravni 4 ($n = 5$) in ravni 1 ($n = 4$) po hierarhiji dokazov, ni pa bilo vključenih člankov iz ravni 8 po hierarhiji dokazov.

Rezultati

Na podlagi analize člankov smo oblikovali štiri kategorije: (1) spodbujanje samostojnosti pri hranjenju, (2) uporaba prilagojene prehrane, (3) obvladovanje motenj požiranja in (4) k posamezniku usmerjena oskrba (Tabela 3).

Spodbujanje samostojnosti pri hranjenju

Iz analiziranih člankov je pri osebah z demenco razvidna naklonjenost raziskovalcev do spodbujanja prehranskega in tekočinskega vnosa *per os* kljub prisotnim težavam s hranjenjem. Hranjenje *per os* je bilo predstavljeno kot priporočeni paliativni pristop, ki zagotavlja višjo stopnjo dobrega počutja, kakovosti življenja in samostojnosti pri hranjenju oseb z napredovalo stopnjo demence. Enteralno hranjenje se je povezovalo z neprijetnimi intervencijami, kakršna je vstavitve sonde za hranjenje (Ticinesi et al., 2016; Arahata et al., 2017; Mitchell et al., 2018; Di Giulio et al., 2019). Vstavitve perkutane enteralne gastrostome (PEG) je bila pri stopnjah demence s CDR 1–2 in CDR 3 povezana z višjo stopnjo umrljivosti, pri napredovali stopnji demence (CDR 4–5) pa ne (Ticinesi et al., 2016).

Za kakovostno življenje oseb z napredovalo stopnjo demence je bila pomembna samostojnost pri hranjenju, posebno s spodbujanjem, omogočanjem in vzdrževanjem sposobnosti hranjenja *per os* (Wu, Lin, Wu, Lin, & Liu, 2014; Bunn et al., 2016; Chen et

Tabela 2: Število identificiranih zadetkov glede na raven dokaza**Table 2:** Number of hits identified by level of evidence

| Raven dokaza/ Level of evidence | Vrsta raziskave/ Type of research | Število člankov/ Number of articles |
|------------------------------------|---|--|
| 1 | Sistematični pregledi literature | 4 |
| 2 | Posamezne randomizirane raziskave | 2 |
| 3 | Posamezne nerandomizirane/kvaziexperimentalne raziskave | 2 |
| 4 | Prospektivne/kohortne raziskave | 5 |
| 5 | Posamezne retrospektivne raziskave, raziskave s kontrolno skupino | 2 |
| 6 | Posamezne presečne raziskave | 2 |
| 7 | Dokazi poglobljenih kvalitativnih raziskav | 2 |
| 8 | Mnenja strokovnjakov, študije primerov | 0 |

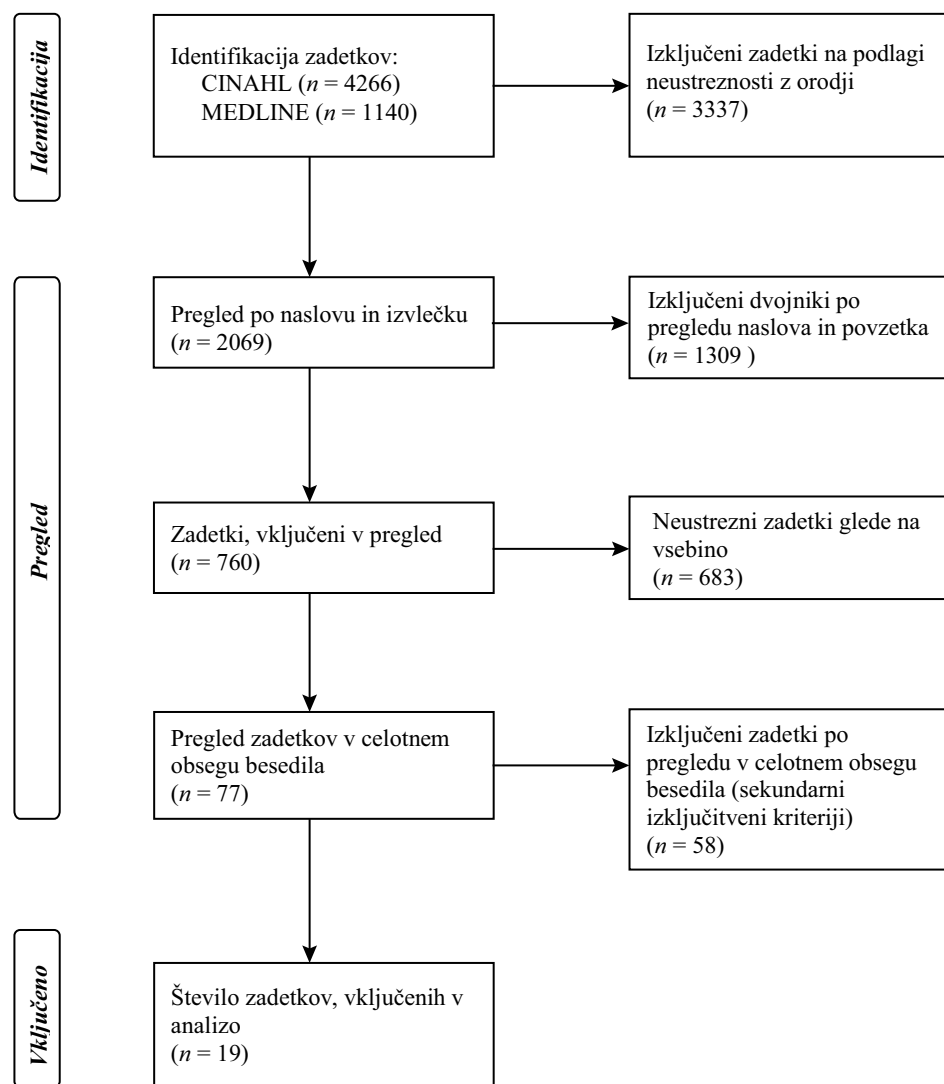
**Slika 1:** PRISMA diagram poteka pregleda literature**Figure 1:** PRISMA diagram of literature review

Tabela 3: Seznam člankov, vključenih v sistematični pregled literature
Table 3: List of articles for systematic literature review

| <i>Avtor, leto, država/ Author, year, country</i> | <i>Raven dokaza/Level of evidence</i> | <i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i> | <i>Vzorec/ Sample</i> | <i>Bistvene ugotovitve/ Key findings</i> |
|--|---------------------------------------|---|--|---|
| Chen et al., 2019 Kitajska | 2 | Randomizirana kontrolirana raziskava. | Sodelovalo je 60 stanovalcev (≥ 60 let) z zmerno stopnjo demence iz ene ustanove. V intervencijsko skupino je bilo vključenih 30 stanovalcev, ki so izvajali razgibavanje rok šest mesecev trikrat na teden po 30 minut. | Ocena težav s hranjenjem se je v intervencijski skupini pomembno izboljšala v primerjavi s kontrolno skupino: podaljšali so se čas samostojnega hranjenja ter natančnost in koordinacija pri hranjenju. |
| Di Giulio et al., 2019 Italija | 5 | Opazovalna raziskava. | Analizirani so bili podatki 245 stanovalcev z NSD, ki so umrli pred izvedenim izobraževanjem (preintervencijska skupina), in 237 stanovalcev z NSD, ki so umrli najmanj tri mesece po zaključenem izobraževanju (postintervencijska skupina), iz 29 ustanov. | V postintervencijski skupini se je kot paliativni pristop povečala uporaba »udobne« hidracije z uporabo podkožne infuzije (< 1000 ml/dan). Delež stanovalcev, ki so bili deležni tega pristopa, se v postintervencijski skupini ni pomembno povečal, zmanjšal pa se je delež vstavljenih sond za enteralno hranjenje, intravenskih hidracij in oživiljanj. |
| Fetherston-haugh et al., 2019 Avstralija | 1 | Sistematični pregled literature. | Vključenih je bilo 20 od skupno 136 identificiranih raziskav v angleškem jeziku, objavljenih 2000–2017. | Čenovno ugodne in enostavno prenosljive intervencije, programi za usposabljanje in okoljske prilagoditve so delno povezani z manjšim povečanjem prehranskega vnosa – ni prišlo do povečanja ITM. Zaradi majhnega števila in nizke kakovosti identificiranih raziskav ni mogoče zanesljivo priporočiti specifične intervencije za izboljšanje prehranjevanja oseb z demenco. |
| Liu et al., 2019 Združene države Amerike | 7 | Sekundarna analiza videoposnetkov. | Sodelovalo je 25 stanovalcev z demenco (večinoma z NSD) in 29 zaposlenih iz devetih ustanov, ki so bili vključeni v primarno raziskavo o usposabljanju glede komunikacije v CIO. | Tekoča hrana, daljše trajanje prehranjevalnega cikla in samostojno hranjenje stanovalcev so bili povezani z večjim prehranskim vnosom. |
| Sakamoto et al., 2019 Japonska | 4 | Longitudinalna raziskava. | Prvotni vzorec je zajemal 387 starostnikov (z demenco in brez nje, največ z zmerno demenco ali NSD) iz petih ustanov. V analizo so bili vključeni podatki 341 izpolnjenih vprašalnikov. Pri zbiranju podatkov je sodelovalo strokovno osebje. | Povprečna ocena na SFED je bila pri skupini umrlih pomembno nižja v primerjavi skupino preživelih oseb. Vrednost na SFED je bila pomembno povezana s stopnjo dvoletne umrljivosti. S tveganjem za umrljivost so bile pomembno povezane tri kategorije SFED: gibanje, koncentracija in varnost. |
| Gilmore-Bykovskiy & Rogus-Pulja, 2018 Združene države Amerike | 7 | Opazovalna raziskava. | Sodelovalo je 12 oseb z demenco, ki so potrebovale pomoč pri hranjenju, in osem bolničark iz dveh ustanov za CIO. | Verjetnost za pojav vidnih znakov aspiracije je bila v primerjavi s pristopom, usmerjenim k posamezniku, pomembno večja med uporabo pristopa hranjenja, usmerjenega v izvrševanje nalog, ali po njej in tudi 15–30 sekund po nastopu vedenjskega simptoma. |

Se nadaljuje/Continues

| <i>Avtor, leto, država/ Author, year, country</i> | <i>Raven dokaza/Level of evidence</i> | <i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i> | <i>Vzorec/ Sample</i> | <i>Bistvene ugotovitve/ Key findings</i> |
|--|---------------------------------------|---|---|---|
| Mitchell et al., 2018 Združene države Amerike | 2 | Randomizirana kontrolirana raziskava s klastri. | Sodelovala sta 402 para (oseba z NSD in njegov zastopnik) iz 64 ustanov. Intervencijska skupina je vključevala 212 parov iz 32 ustanov, kontrolna pa 190 parov iz drugih 32 ustanov. | Delež IUUVI protihospitalizaciji se po šestih mesecih ni razlikoval glede na intervencijsko in kontrolno skupino. Preference za nego, usmerjeno k udobju, prisotnost IUUVI protihospitalizaciji in protihospitalizacijskim oblikam zdravljenja se med skupinama niso razlikovale. Delež IUUVI protihospitalizaciji je bil v intervencijski skupini v primerjavi s kontrolno skupino ob vseh meritvah pomembno verjetnejši. |
| Sulmont- Rossé et al., 2018 Francija | 4 | Opazovalna raziskava. | Sodelovalo je 32 oseb (> 75 let) z Alzheimerjevim tipom demence iz treh specializiranih negovalnih enot za osebe z demenco. Udeležili so se štirih kosil: pri dveh kosilih je bil po jedilnici 15 minut pred pričetkom kosila razpršen vonj po mesu, pri dveh kontrolnih kosilih pa ne. | Ob prvi izvedbi obeh vrst kosil so stanovalci na kosilu s predhodno razpršenimi vonjavami pojedli 25 % več mesa in zelenjave kot pri kontrolnem kosilu, pri katerem vonjave niso bile uporabljene. Ob ponovljeni izvedbi čez dva tedna se prehranski vnos med obema vrstama kosil ni več pomembno razlikoval. |
| Arahata et al., 2017 Japonska | 3 | Nerandomizirana raziskava s kontrolno skupino. | V intervencijsko skupino je bilo vključenih 90 hospitaliziranih oseb z demenco (povprečna ocena MMSE 3,8 točke) z resno zmanjšanim kaloričnim vnosom <i>per os</i> , ki so bile umetno hranjene oziroma hidrirane. Deležne so bile celovitega geriatričnega pregleda z namenom ugotavljanja vzroka motenj hranjenja. Obravnane so bile individualno in multidisciplinarno. Za kontrolo so bili uporabljeni podatki 124 predhodno hospitaliziranih oseb. | Udeležencem intervencijske skupine so bile po celovitem geriatričnem pregledu priporočene povprečno 4,3 intervencijske strategije, pogosteje so bile izvedene diagnostične preiskave, pomembno višja sta bila stopnja okrevanja (stanje, neodvisno od umetnega prehranjevanje/hidracije ≥ 7 dni) in tudi enoletno preživetje brez umetnega hranjenja ali hidracije. Skupno enoletno preživetje se med skupinama ni pomembno razlikovalo. |
| Batchelor-Murphy et al., 2017 Združene države Amerike | 4 | Prospektivna pilotna raziskava. | Sodelovalo je 30 oseb z NSD iz 11 ustanov, ki so bile pri šestih zaporednih obrokih deležne posamezne tehnike hranjenja. Menjava tehnike je potekala na dva dni. Vseh 18 obrokov je bilo posnetih z videokamero. | Izbira tehnike hranjenja ni bistveno vplivala na povprečen čas, ki ga ima osebe za pomoč pri hranjenju. Povprečni delež zaužitega obroka je bil v primerjavi s hranjenjem preko roke večji pri neposrednem hranjenju in hranjenju pod roko. Odbijajoče oblike vedenja so bile v primerjavi z neposrednim hranjenjem in hranjenjem pod roko pogosteje prisotne pri hranjenju preko roke. |

Se nadaljuje/Continues

| <i>Avtor, leto, država/ Author, year, country</i> | <i>Raven dokaza/Level of evidence</i> | <i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i> | <i>Vzorec/ Sample</i> | <i>Bistvene ugotovitve/ Key findings</i> |
|--|---------------------------------------|---|--|--|
| Chang et al., 2017 Tajvan | 6 | Presečna raziskava. | Sodelovalo je 213 stanovalcev z demenco in pridruženimi težavami s hranjenjem iz več ustanov. Med obroki so bile narejene meritve osvetljenosti, glasnosti, mase zaužite hrane in časa trajanja hranjenja. | Prevalenca težav s prehranskim vnosom je po kitajskem indeksu težav s hranjenjem 44,6%. Dejavniki, povezani z oteženim prehranskim vnosom pri kosilu, so bili trajanje institucionalizacije, stopnja sposobnosti hranjenja in čas trajanja prehranjevanja, pri večerji pa osvetlitev, glasnost in čas hranjenja. |
| Liu et al., 2017 Združene države Amerike | 6 | Opazovalna raziskava. | Na 36 videoposnetkih je bilo med hranjenjem opazovanih 15 oseb z demenco (večina z NSD) in 19 negovalcev iz osmih ustanov. | Sposobnost hranjenja je bila pomembno nižja pri osebah z napredovalo stopnjo demence in z več multimorbidnostmi. Okoljski dražljaji, ki so bili usmerjeni k osebi in individualno prilagojeni posamezniku, so bili povezani z boljšo sposobnostjo hranjenja. |
| Abdelhamid et al., 2016 Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske | 1 | Sistematični pregled literature z metaanalizo. | V končno analizo je bilo vključenih skupno 43 nadzorovanih intervencij iz randomiziranih in nerandomiziranih intervencijskih raziskav. | Uporaba oralnih prehranskih dodatkov ima manjši kratkoročni pozitivni učinek z nejasnim dolgoročnim učinkom na prehranski status. Raziskave o prilagojeni konsistentni hrani in disfagiji so manjše in nizke kakovosti. Raziskave o pomoči pri hranjenju nimajo konsistentnih dokazov. Raziskave s poudarkom na socialnem vidiku prehranjevanja so majhne in slabe kakovosti, vendar konsistentno nakazujejo pozitivne učinke na kakovost življenja. |
| Bunn et al., 2016 Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske | 1 | Sistematični pregled literature. | V končno analizo je bilo vključenih 56 intervencij iz skupno 51 randomiziranih in nerandomiziranih kontrolnih raziskav ter raziskav »prej« in »potem«. | Raziskave so bile majhne in z intervencijami brez prepričljivega učinka. Obetavne so intervencije, kot so skupno uživanje obrokov z negovalci, ustvarjanje družinskega vzdušja ob obroku, predvajanje pomirjujoče glasbe med obrokom, razpoložljivost prigrizkov, daljši čas hranjenja, podporni in izobraževalni pristopi za formalne in neformalne oskrbovalce, kognitivni trening in pristop montessori ter večkomponentne intervencije. |
| Chen et al., 2016 Kitajska | 4 | Prospektivna kohortna raziskava. | Sodelovalo je 30 oseb z Alzheimerjevimi tipom demence in disfagijo iz ene ustanove. Izvedene so bile trimesečne kompleksne intervencije za hranjenje. | Sposobnosti hranjenja so se pri osebah v postintervencijski meritvi vesplošno izboljšale, pomembno se je povečal prehranski vnos, izboljšali so se tudi prehranski status, ocena težav s hranjenjem in sposobnost požiranja. 5 od 17 stanovalcev je po intervenciji pričelo samostojno jesti. |

Se nadaljuje/Continues

| <i>Avtor, leto, država/ Author, year, country</i> | <i>Raven dokaza/Level of evidence</i> | <i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i> | <i>Vzorec/ Sample</i> | <i>Bistvene ugotovitve/ Key findings</i> |
|---|---------------------------------------|--|---|--|
| Sakai et al., 2016 Japonska | 5 | Študija primerov s kontrolami. | Sodelovalo je 32 oseb z Alzheimerjevimi tipom demence (blaga kognitivna motnja do zmerna stopnja demence; CDR ≤ 2) iz klinike za demenco. Za kontrolo je bilo vključenih 22 oseb brez anamneze nevroloških ali psihiatričnih obolenj. Merili so prag zaznave in prepoznavne štirih osnovnih okusov z lističi posameznega okusa. Koncentracijo so ob neuspešni prepoznavi omejeno dolgo stopnjevali. | Skupni seštevek vrednosti pragov zaznave in prepoznavne štirih osnovnih okusov je bil pri osebah z Alzheimerjevimi tipom demence pomembno večji. Prag zaznave sladkega, slanega in grenkega in prag prepoznavne sladkega in kislega sta bila pomembno višja pri osebah z Alzheimerjevimi tipom demence. Pri slednjih je stopnja napredovanja demence pomembno prispevala k zmanjšani zaznavi okusa. |
| Ticinesi et al., 2016 Italija | 4 | Prospektivna opazovalna nerandomizirana raziskava. | Sodelovalo je 184 podhranjenih starostnikov z demenco in pridruženimi motnjami hranjenja po odpustu iz bolnišnice. V skupino so bili razvrščeni glede na način hranjenje: <i>per os</i> ali po PEG. Po 18 mesecih so s telefonskim intervjujem s svojci pridobili podatke o preživetju. | Umrljivost je bila v primerjavi s starostniki, ki so se hranili <i>per os</i> , višja pri starostnikih s PEG. Vstavitve PEG je bila povezana s povečanim tveganjem za umrljivost pri zgodnji in srednji stopnji, ne pa tudi NSD. |
| Liu et al., 2014 Združene države Amerike | 1 | Sistematični pregled literature. | Vključenih je bilo 22 od skupno 963 identificiranih intervencijskih raziskav, med katerimi je bilo devet randomiziranih kontrolnih raziskav. Raziskave so vključevale skupno 2.082 starostnikov z demenco in 95 strokovnjakov iz več kot 85 ustanov. | Ugotovljena je bila zmerna stopnja dokazov, da prehranski dodatki povečajo prehranski vnos, telesno maso/ITM ter da programi za usposabljanje ali izobraževanje prispevajo k podaljšanemu času hranjenja in upadu težav s hranjenjem. Pomoč pri hranjenju in programi za usposabljanje ali izobraževanje niso povečali prehranskega vnosa. Obstaja nizka stopnja dokazov, da intervencije za preoblikovanje okolja ali spreminjanje rutine povečujejo prehranski vnos. |
| Wu et al., 2014 Tajvan | 3 | Enojno slepa kvaziekperimentalna raziskava. | Sodelovalo je 90 moških z demenco in težavami s hranjenjem iz štirih ustanov. V standardizirano skupino (v osmih tednih 24 ur treninga spominskih sposobnosti z metodo montessori) je bilo vključenih 25, v individualizirano skupino (individualno prilagojeno število ur z isto vsebino) 38 in v kontrolno skupino 27 moških. Spremljanje je potekalo en, tri in šest mesecev po intervenciji. | V obeh skupinah z učnimi urami so se postopno zmanjšale težave pri hranjenju, povečala sta se tudi prehranski vnos in telesna masa. |

Legenda/Legend: CIO – celodnevna institucionalna oskrba/whole-day institutional care; NSD – napredovala stopnja demence/advanced dementia; SFED – Orodje za oceno samostojnega hranjenja pri starostnikih z demenco/Self-Feeding Assessment Tool for Elderly with Dementia; ITM – indeks telesne mase/body mass index; IUVIV – izjava o upoštevanju vnaprej izražene volje/advance directive; MMSE – Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti/Mini-Mental State Examination; CDR – Klinična lestvica za ocenjevanje demence/Clinical Dementia Rating; PEG – perkutana enteralna gastrostoma/percutaneous endoscopic gastrostomy

al., 2016; Batchelor-Murphy et al., 2017; Chang et al., 2017; Liu, Jao, & Williams, 2017; Chen et al., 2019; Liu, Williams, Batchelor-Murphy, Perkhounkova, & Hein, 2019; Sakamoto et al., 2019).

Sakamoto et al. (2019) so poročali o povezavi med slabšo sposobnostjo samostojnega hranjenja in višjo smrtnostjo pri mešani skupini starostnikov, v kateri je bilo okoli 40 % oseb z napredovalo stopnjo demence. Dodatno sta bili nižja stopnja sposobnosti samostojnega hranjenja in nižja stopnja samostojnosti pri vseh osnovnih dnevnih opravilih povezani z več težavami pri prehranskem vnosu (Chang et al., 2017). Verjetnost za boljši prehranski vnos je bila v primerjavi z asistiranim hranjenjem večja pri samostojnem hranjenju (Liu et al., 2019). Kot uspešna strategija za doseganje boljše sposobnosti samostojnega hranjenja se je izkazalo obvladovanje upada telesnih in/ali kognitivnih funkcij pri osebah z demenco.

Pri obvladovanju upada telesnih funkcij sta bila uspešna izvajanje prilagojenih vaj za razgibavanje rok (Chen et al., 2019) in vadba celega telesa (Bunn et al., 2016). Ob razgibavanju rok so se zmanjšale težave s hranjenjem, podaljšalo se je obdobje samostojnega hranjenja. Poročali so o izboljšani natančnosti in koordinaciji gibov pri hranjenju. Vadba celega telesa ni pripomogla k večji telesni masi in zmanjšanju podhranjenosti, upočasnil pa se je upad funkcijskega statusa.

Za obvladovanje upada kognitivnih funkcij so testirali trening kognitivnih sposobnosti s ponavljajočim priklicem informacij in uporabo metode montessori (Wu et al., 2014). Proces hranjenja so razčlenili na več enostavnih enot (»zavedanje, da je čas obroka«; »vzeti skledo in žlico v roke«; »zajeti grizljaj hrane in ga nesti k ustom« itd.) in osebe z demenco urili s ponavljajočim priklicem informacij in učenjem spretnosti, dokler niso dosegle pravilne izvedbe posamezne enote. Pri intervencijski skupini sta se zmanjšali povprečna stopnja in pogostost težav pri hranjenju, povečala sta se povprečni prehranski vnos in telesna masa. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi drugi raziskovalci (Liu, Cheon, & Thomas, 2014; Fetherstonhaugh, Haesler, & Bauer, 2019). Čeprav Bunn et al. (2016) niso dosegli prepričljivih in konsistentnih rezultatov, so ugotovili, da je uporaba tovrstnih pristopov pri obravnavi oseb z demenco obetavna, saj se izboljša sposobnost hranjenja.

Uporaba prilagojene prehrane

Liu et al. (2019) so ugotovili, da je v primerjavi s trdno hrano večja verjetnost za boljši prehranski vnos pri strežbi tekoče hrane, posebno pri daljšem prehranjevalnem ciklu. Ugotavljali so učinke izpostavljenosti vonjavam po mesu na prehranski vnos in vedenje oseb. Povečan delež zaužitega mesa in zelenjave so opazili le pri prvem kosilu z uporabo spodbude z vonjavami, ne pa tudi pri drugem, ki so ga izvedli čez štirinajst dni (Sulmont-Rossé et al., 2018). Na zmanjšano zaznavo in prepoznavo okusov pri

osebah z demenco so opozorili tudi Sakai et al. (2016). Ugotovili so višji skupni prag (seštevek izmerjenih vrednosti pragov za vse štiri okuse) tako zaznave kot prepoznave štirih osnovnih okusov. Edini dejavnik, ki je pomembno vplival na ti dve vrednosti, je bila stopnja napredovanja demence.

Obvladovanje motenj požiranja

Učinkovitost intervencij za obvladovanje motenj požiranja so proučevali v treh raziskavah: trimesečni kompleksni prehranski intervenciji (Chen et al., 2016), celovitem geriatričnem pregledu (Arahata et al., 2017) in enotedenski mobilizaciji vratne hrbtenice (Abdelhamid et al., 2016).

Raziskava, ki so jo opravili Chen et al. (2016), je vključevala intervencije, vezane na pripravo osebe, okolja, hrane in pripomočkov ter zagotavljanje ustreznega pristopa negovalnega osebja. Poročali so o vsesplošnem izboljšanju sposobnosti hranjenja.

Pri raziskavi s celovitim geriatričnim pregledom (Arahata et al., 2017) so pri udeležencih intervencijske skupine z uporabo multidisciplinarnih pristopov ugotavljali vzroke za motnje hranjenja. Na podlagi ugotovljenega vzroka so pripravili individualizirane terapevtske intervencije ter učinke spremljali do enega leta. Intervencijska skupina je bila deležna več diagnostičnih preiskav. V intervencijski skupini je bilo z 28 % enoletno preživetje brez prejemanja enteralne oziroma parenteralne hidracije ali hranjenja višje v primerjavi s 15 % pri kontrolni skupini. Celokupno enoletno preživetje se med skupinama ni pomembno razlikovalo. Raziskovalci so opozorili, da je etiologija motenj hranjenja pri demenci raznolika in ne sme biti pripisana zgolj napredovanju demence. Iz tega so sklepali, da so motnje hranjenja pri osebah z demenco potencialno ozdravljive.

Abdelhamid et al. (2016) so s pregledom literature ugotovili, da je intervencija z mobilizacijo vratne hrbtenice prispevala k večji srednji vrednosti največjega volumna požirka vode, ki so ga udeleženci raziskave zmogli naenkrat pogoltniti.

Na posameznika osredinjen pristop

Pomembno vlogo pri zagotavljanju dobrega počutja oseb z napredovalo stopnjo demence pri prehranjevanju je imel na osebo osredinjen pristop. Implementirali so ga s spodbujanjem dejavnega vključevanja v proces hranjenja, izkazovanjem odobravanja in orientacije, uporabo neposrednega očesnega stika ter hranjenjem s posamezniku prilagojeno hitrostjo (Gilmore-Bykovskiy & Rogus-Pulia, 2018). Raziskovalci priporočajo zagotavljanje zadostnega časa za hranjenje (Chen et al., 2016; Batchelor-Murphy et al., 2017; Gilmore-Bykovskiy & Rogus-Pulia, 2018; Liu et al., 2019), kar je povezano z večjo verjetnostjo za večji prehranski vnos (Liu et al.,

2019). Na boljšo izvedbo hranjenja je vplivala uporaba fizičnega, socialnega in/ali zaznavnega dražljaja z višjo stopnjo specifičnosti. Ti pristopi so bili osredinjeni na osebo, individualizirani, neposredni in so vključevali želje, pretekle izkušnje in potrebe vključenega posameznika (Liu et al., 2017).

Na prehranski vnos in pojavnost odbijajočih oblik vedenja je vplivala tudi izbira tehnike hranjenja. Čas, ki ga je negovalno osebje porabilo za hranjenje, se glede na posamezno tehniko hranjenja ni pomembno razlikoval. Ugotovljena je bila večja verjetnost za pojav odbijajočih oblik vedenja pri hranjenju preko roke (hranjena oseba drži pribor, negovalec zaobjame njeno roko in prevzame nadzor nad gibi). Verjetnost za pojav odbijajočega vedenja pri neposrednem hranjenju (klasična tehnika hranjenja, hranjena oseba ima pasivno vlogo) in hranjenjem pod roko (negovalec drži pribor, hranjena oseba z roko zaobjame zgornji del negovalčevega zapestja) je manjša. Odsvetuje se pristop, osredotočen na naloge osebja, kot je prizadevanje negovalnega osebja za zaužitje vsega obroka kljub nesodelovanju osebe. To se s strani negovalnega osebja lahko izraža kot prehitavanje, prekinitve, ignoriranje in verbalno ali fizično nadziranje dejanj pri hranjenju. Tovrsten pristop je povezan z večjo verjetnostjo za pojav aspiracije zaužite vsebine v dihalne poti (Gilmore-Bykovskiy & Rogus-Pulia, 2018).

Diskusija

Prehranska oskrba oseb z napredovalo stopnjo demence je zaradi prepleta različnih vplivov kompleksna naloga, ki bi morala biti usmerjena k promociji čim višje stopnje samostojnosti in krepitvi njihovih (še) ohranjenih potencialov pri prehranjevanju. Dejavniki, povezani s samostojnostjo pri hranjenju, so bili zadosten čas hranjenja, tehnika asistiranega hranjenja, prilagojena prehrana, stopnja odbijajočega vedenja in odnos negovalnega osebja glede na usmerjenost k posameznikovim potrebam. Za preprečevanje nezadostnega prehranskega vnosa, ki ga povzročajo starostne spremembe in prisotne kognitivne motnje, je pomembna krepitev funkcionalnega statusa.

Smernice za obravnavo oseb z demenco ali napredovalo stopnjo demence odsvetujejo uporabo enteralnega hranjenja, opozarjajo na njene potencialno neugodne učinke na osebo in na zmanjšanje kakovosti življenja (Hartigan et al., 2016). Pri tem Ticinesi et al. (2016) niso uspeli dokazati škodljivosti PEG za osebe z napredovalo stopnjo demence, saj enteralno hranjenje ni bilo povezano z zmanjšanim preživetjem. Ugotovili so, da se enteralno hranjenje pri osebah z demenco odsvetuje predvsem na podlagi pomanjkljivih dokazov o koristnosti in ne toliko zaradi dokazane škodljivosti.

Prisotnost težav s hranjenjem pri osebah z demenco ima slab napovedni izid, prav tako ostaja presoja

o reverzibilnosti zmanjšane prehranskega vnosa težavna. Strokovnjaki in svojci so zato postavljeni pred etično dilemo pri določitvi mejnika med dosegljivimi pozitivnimi učinki intenzivnega zdravljenja in potencialno škodljivimi posledicami za kakovost življenja oslabelega starostnika (Di Giulio et al., 2019). Odločitev o najprimernejši obliki hranjenja bi bilo treba sprejeti individualno na osnovi celostne ocene kognitivnega, funkcijskega in prehranskega statusa ter ob upoštevanju željenih ciljev zdravstvene oskrbe (Ticinesi et al., 2016; Mitchell et al., 2018). Izbira enteralnega hranjenja je upravičena le pri ugotovljenih prehodnih motnjah požiranja, ne pa tudi pri motnjah požiranja, ki so posledica napredovanja demence (Hartigan et al., 2016).

S pregledom literature smo evidentirali več obetavnih intervencij, kot so interdisciplinarna in individualizirana obravnavo ter zdravljenje vzrokov motenj hranjenja (Arahata et al., 2017), spodbujanje telesne dejavnosti (Bunn et al., 2016; Chen et al., 2019) in trening kognitivnih sposobnosti (Wu et al., 2014). S temi intervencijami bi lahko v nadaljnjih raziskavah z določenimi izboljšavami in prilagoditvami na slovensko okolje proučevali vpliv na dobro počutje in kakovost življenja oseb z napredovalo stopnjo demence.

Ob oceni kakovosti vključenih raziskav smo ugotovili visok delež raziskav srednje kakovosti, kar lahko pomeni visoko stopnjo tveganja za pristranskost z relativno majhnim številom randomiziranih kontrolnih raziskav in še redkejšo uporabo enojno ali dvojno slepega raziskovalnega pristopa. Prevladovale so raziskave, v katerih se je ugotavljalo odnose oziroma povezave med dejavniki oziroma pojavi, in sistematični pregledi literature. Zelo pogoste so bile raziskave na majhnem vzorcu, z mešanimi tipi in stopnjami napredovanja demence in s kratkim časom izvedbe (večinoma manj kot eno leto). Vprašljiv je bil tudi dolgoročni učinek intervencij. Ob tem se je treba zavedati, da raziskav iz drugih okolij ni mogoče neposredno prenašati v slovenski prostor zaradi kulturnih in drugih razlik. Pri nadaljnji uporabi ali posploševanju izsledkov raziskav je zato potrebna previdnost.

Otežena izvedba in nižja kakovost raziskav sta morda deloma posledica izbire raziskovane populacije. Izpostavljamo potrebo po pridobivanju soglasij zakonitih zastopnikov za vključitev oseb z napredovalo stopnjo demence v raziskavo in etično sporno uporabo randomiziranih kontrolnih raziskav na populaciji, ki ni več zmožna kritične presoje, še posebno, ko je med opazovanimi izidi pričakovana različna stopnja preživetja ali kakovosti življenja med intervencijsko in kontrolno skupino.

Izsledki našega pregleda literature imajo nekatere omejitve, zato jih je treba jemati z zadržkom. Omejili smo se na iskanje literature v zgolj dveh podatkovnih bazah, upoštevali smo le en iskalni niz in mnoge izključitvene kriterije. Slabost raziskave je tudi dokaj

široka tema raziskovanja. Kljub skrbnemu izboru vključitvenih in izključitvenih kriterijev smo zaznali ponavljanje člankov istih avtorjev, kar lahko zmanjšuje verodostojnost rezultatov pregleda literature.

Prehranjevanje oseb z napredovalo stopnjo demence in izbor optimalnega načina prehranjevanja sta izjemno aktualna na področju oskrbe oseb z demenco v različnih oblikah dolgotrajne oskrbe. Pri tem imajo strokovnjaki zdravstvene nege ključno vlogo v interdisciplinarnih timih pri zgodnjem zaznavanju težav, pravočasnem načrtovanju optimalne prehranske oskrbe in izvajanju različnih intervencij za spodbujanje čim bolj samostojnega hranjenja oseb z demenco. Tako bo zagotovljena uspešna, kakovostna in osebi prilagojena oskrba, kar omogoča boljšo kakovost življenja oseb in njihovo daljšo samostojnost pri hranjenju in bivanju.

Zaključek

Pri oskrbi oseb z demenco se raziskujejo različne intervencije z namenom obvladovanja problematike podhranjenosti, izgube telesne mase in drugih prehranskih težav. Kljub pozitivnim vplivom nekaterih intervencij na prehranski status in vedénje preproste in celovite rešitve za obvladovanje prehranskih problemov pri osebah z napredovalo stopnjo demence (še) ne poznamo.

Priporočeni pristopi k obravnavi oseb z napredovalo stopnjo demence temeljijo na humanem in sočutnem pristopu. Zato je pomembno, da že izobraževalni programi zdravstvenih smeri poudarjajo in spodbujajo oblikovanje profesionalnega in sočutnega odnosa do oseb z demenco. Zaradi časovnih in kadrovskih stisk je ob pogosto neugodni institucionalni politiki in bivalnih pogojih veliko priporočenih intervencij težko izvedljivih in zato neuporabnih v klinični praksi. Nadaljnje raziskave bi zato morale prednostno vlogo nameniti razrešitvi vprašanja, kako priporočene intervencije prilagoditi in uresničiti v slovenskem okolju.

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

Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje komisije za etiko ni bilo potrebno./Considering the chosen research methodology, the approval of ethics committee was not required for this study.

Prispevek avtorjev/Author contributions

Avtorici sta skupaj osnovali raziskovalni načrt, ki je vključeval raziskovalno vprašanje, metodologijo, razpravo in zaključek. Prva avtorica je analizirala članke ter pripravila izsledke raziskav. Druga avtorica je usmerjala vsebino teoretičnega dela, preverila ustreznost izbranih člankov ter kritično pregledala članek./The authors jointly established a research plan that included a research question, methodology, discussion, and conclusion. The first author analysed the articles and prepared the results of the research. The second author directed the content of the theoretical part, checked the adequacy of selected articles, and critically reviewed the manuscript.

Literatura

Abdelhamid, A., Bunn, D., Copley, M., Cowap, V., Dickinson, A., Gray, L. ... Hooper, L. (2016). Effectiveness of interventions to directly support food and drink intake in people with dementia: Systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 16(1), Article 26. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0196-3> PMID:26801619; PMCID:PMC4722767

Ahmed, T., & Haboubi, N. (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging*, 5, 207–216. <https://doi.org/10.2147/CIA.S9664> PMID:20711440; PMCID:PMC2920201

Alzheimer's Association Report. (2020). Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's and Dementia*, 16(3), 391–460. <https://doi.org/10.1002/alz.12068> PMID:32157811

Arahata, M., Oura, M., Tomiyama, Y., Morikawa, N., Fujii, H., Minani, S., & Shimizu, Y. (2017). A comprehensive intervention following the clinical pathway of eating and swallowing disorder in the elderly with dementia: Historically controlled study. *BMC Geriatrics*, 17(1), Article 146. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0531-3> PMID:28705163; PMCID:PMC5512987

Batchelor-Murphy, M. K., McConnell, E. S., Amella, E. J., Anderson, R. A., Bales, C.W., Silva, S. ... Colon-Emeric C. S. (2017). Experimental comparison of efficacy for three handfeeding techniques in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(4), e89–e94. <https://doi.org/10.1111/jgs.14728> PMID:28165618; PMCID:PMC5397360

Braun, A., Kurzmann, P., Höfler, M., Haber, G., & Auer, S. (2020). Cost of care for persons with dementia: Using a discrete-time Markov chain approach with administrative and clinical data from the dementia service Centres in Austria. *Health Economics Review*, 10(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s13561-020-00285-w>

- Bunn, D. K., Abdelhamid, A., Copley, M., Cowap, V., Dickinson, A., Howe, A. ... Hooper, L. (2016). Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia: Eating and Drinking Well IN dementia (EDWINA) systematic review. *BMC Geriatrics*, 16(1), Article 89. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0256-8> PMID:32926237; PMCID:PMC7489033
- Chang, C.-C., Lin, Y.-F., Chiu, C. -H., Liao, Y.-M., Ho, M.-H., Lin, Y.-K. ... Liu, M. F. (2017). Prevalence and factors associated with food intake difficulties among residents with dementia. *PLoS ONE*, 12(2), Article e0171770. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171770> PMID:28225776; PMCID:PMC5321470
- Chen, L.-L., Li, H., Lin, R., Zheng, J.-H., Wei, Y.-P., Li, J. ... Chen, H.-Y. (2016). Effects of a feeding intervention in patients with Alzheimer's disease and dysphagia. *Journal of Clinical Nursing*, 25(5–6), 699–707. <https://doi.org/10.1111/jocn.13013> PMID:26420351
- Chen, L.-L., Li, H., Chen, X.-H., Jin, S., Chen, Q.-H., Chen, M.-R., & Li, N. (2019). Effects of hand exercise on eating action in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 34(1), 57–62. <https://doi.org/10.1177/1533317518803722> PMID:30301358
- Di Giulio, P., Finetti, S., Giunco, F., Basso, I., Rosa, D., Pettenati, F. ... Toscani, F. (2019). The impact of nursing homes staff education on end-of-life care in residents with advanced dementia: A quality improvement study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(1), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.10.268> PMID:30315916
- Fetherstonhaugh, D., Haesler, E., & Bauer, M. (2019). Promoting mealtime function in people with dementia: A systematic review of studies undertaken in residential aged care. *International Journal of Nursing Studies*, 96(2019), 99–118. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.04.005> PMID:31060734
- Gilmore-Bykovskiy, A. L., & Rogus-Pulia, N. (2018). Temporal associations between caregiving approach, behavioral symptoms and observable indicators of aspiration in nursing home residents with dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(3), 400–406. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0943-y> PMID:29484354; PMCID:PMC5830143
- Hartigan, I., Robinson, S., O'Sullivan, M., McLoughlin, K., Gallagher, P., & Timmons, S. (2016). *Palliative care for the person with dementia. Guidance document 4: management of hydration and nutrition*. Dublin: Irish Hospice Foundation. Retrieved December 9, 2019 from <http://hospicefoundation.ie/wp-content/uploads/2016/11/Final-Guidance-Document-4-Nutrition-and-Hydration-1.pdf>
- Irwin, K., Sexton, C., Daniel, T., Lawlor, B., & Naci, L. (2018). Healthy aging and dementia: Two roads diverging in midlife. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 10, Article 275. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2018.00275> PMID:30283329; PMCID:PMC6156266
- Iuliano, S., Poon, S., Wang, X., Bui, M., & Seeman, E. (2017). Dairy food supplementation may reduce malnutrition risk in institutionalised elderly. *British Journal of Nutrition*, 117(1), 142–147. <https://doi.org/10.1017/S000711451600461X> PMID:28098050; PMCID:PMC5350609
- Liu, W., Cheon, J., & Thomas, S. A. (2014). Interventions on mealtime difficulties in older adults with dementia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 14–27. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.021> PMID:23340328
- Liu, W., Jao, Y.-L., & Williams, K. (2017). The association of eating performance and environmental stimulation among older adults with dementia in nursing homes: A secondary analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 71(2017), 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.004> PMID:28340390; PMCID:PMC5495475
- Liu, W., Williams, K., Batchelor-Murphy, M., Perkhounkova, Y., & Hein, M. (2019). Eating performance in relation to intake of solid and liquid food in nursing home residents with dementia: A secondary behavioral analysis of mealtime videos. *International Journal of Nursing Studies*, 96(2019), 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.010> PMID:30660444; PMCID:PMC6610782
- Lopez, R. P., & Molony, S. L. (2018). Dementia: Weight loss and mealtime challenges. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(3), 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.09.024>
- Meijers, J. M., Schols, J. M., & Halfens, R. J. (2014). Malnutrition in care home residents with dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 18(6), 595–600. <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0006-6> PMID:24950150
- Mitchell, S. L. (2015). Advanced Dementia. *New England Journal of Medicine*, 372(26), 2533–2540. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1412652> PMID:26107053; PMCID:PMC4539157
- Mitchell, S. L., Shaffer, M. L., Cohen, S., Hanson, L. C., Habtemariam, D., & Volandes, A. E. (2018). An advance care planning video decision support tool for nursing home residents with advanced dementia: A cluster randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 178(7), 961–969. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.1506> PMID:29868778; PMCID:PMC6033645

- Murphy, E., Froggatt, K., Connolly, S., O'Shea, E., Sampson, E. L., Casey, D., & Devane, D. (2016). Palliative care interventions in advanced dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), Article CD011513. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011513.pub2> PMID:27911489; PMCID:PMC6463843
- Murphy, J. L., Holmes, J., & Brooks, C. (2017). Nutrition and dementia care: Developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 17(1), Article 55. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0443-2> PMID:28196475; PMCID:PMC5309970
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372, Article 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71> PMID:33781993; PMCID:PMC8005925
- Payne, M., & Morley, J. E. (2018). Editorial: Dysphagia, dementia and frailty. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 22(5), 562–565. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1033-5> PMID:29717753
- Pivi, G. A., Bertolucci, P. H., & Schultz, R. R. (2012). Nutrition in severe dementia. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, Article 983056. <https://doi.org/10.1155/2012/983056> PMID:22645608; PMCID:PMC3356862
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prince, M., Albanese, E., Guerchet, M., & Prina, M. (2014). *Nutrition and dementia: A review of available research*. London: Alzheimer's Disease International. Retrieved July 6, 2019 from <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/nutrition-and-dementia.pdf>
- Rogus-Pulia, N., Malandraki, G. A., Robbins, J., & Johnson, S. (2015). Understanding dysphagia in dementia: The present and the future. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 3(1), 86–97. <https://doi.org/10.1007/s40141-015-0078-1>
- Sakai, M., Ikeda, M., Kazui, H., Shigenobu, K., & Nishikawa, T. (2016). Decline of gustatory sensitivity with the progression of Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 28(3), 511–517. <https://doi.org/10.1017/s1041610215001337> PMID:26423603
- Sakamoto, M., Watanabe, Y., Eda, H., Motokawa, K., Shirobe, M., Hirano, H. ... Yoshihara, A. (2019). Self-feeding ability as a predictor of mortality Japanese nursing home residents: A two-year longitudinal study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 23(2), 157–164. <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1125-2> PMID:30697625
- Seidel, D., & Thyrian, J. R. (2019). Burden of caring for people with dementia - comparing family caregivers and professional caregivers: A descriptive study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 655–663. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S209106> PMID:31616154; PMCID:PMC6698592
- Sulmont-Rossé, C., Gaillet, M., Raclot, C., Duclos, M., Servelle, M., & Chambaron, S. (2018). Impact of olfactory priming on food intake in an Alzheimer's disease unit. *Journal of Alzheimer's Disease*, 66(4), 1497–1506. <https://doi.org/10.3233/jad-180465> PMID:30452411
- Ticinesi, A., Nouvenne, A., Lauretani, F., Prati, B., Cerundolo, N., Maggio, M., Meschi, T. (2016). Survival in older adults with dementia and eating problems: To PEG or not to PEG? *Clinical Nutrition*, 35(6), 1512–1516. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.04.001> PMID:27091773
- Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Irving, G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M. H. ... Schneider, S. M. (2015). ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition*, 34(6), 1052–1073. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.09.004> PMID:26522922
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x> PMID:16268861
- World Health Organization (2017). *Global action plan on the public health response to dementia, 2017–2025*. Geneva: World Health Organization. Retrieved July 6, 2019 from https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/
- Wu, H. S., Lin, L. C., Wu, S. C., Lin, K. N., & Liu, H. C. (2014). The effectiveness of spaced retrieval combined with Montessori-based activities in improving the eating ability of residents with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1891–1901. <https://doi.org/10.1111/jan.12352> PMID:24444172

Citirajte kot/Cite as:

Florjančič, P., & Milavec Kapun, M. (2022). Prehranjevanje oseb z napredovalo demenco: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(2), 141–153. <https://doi.org/10.14528/sn.2022.56.2.3099>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna navodila

Članek naj bo napisan v slovenskem ali angleškem jeziku, razumljivo in jedrnato. Revija sprejema izvirne znanstvene in pregledne znanstvene članke. Izvirni znanstveni članek, naj bo dolg največ 5000 besed in pregledni znanstveni članek največ 6000 besed, vključno z izvlečkom (slovenskim ali angleškim), tabelami, slikami in referencami. Avtorji naj uporabijo Microsoft Wordovi predlogi, ki sta dostopni na spletni strani uredništva (Naslovna stran in Predloga za izvirni znanstveni/pregledni članek). 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 morajo biti podpisani s celotnim imenom in priimkom. Navesti je potrebno korespondenčnega avtor (s polnim naslovom, telefonsko številko in elektronskim naslovom), ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom in ostalimi avtorji. 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 oziroma podpis in legenda) morajo biti v slovenščini in angleščini, leto velja tudi za angleško pisane članke, le da so v tem primeru našteje 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.

Etična načela

Če uredništvo ugotovi, da rokopis krši avtorske pravice, se rokopis takoj izloči iz uredniškega postopka. Plagiatorstvo ugotavljamo s *Detektorjem podobnih vsebin* (DPV) in *CrossCheck Plagiarism Detection System*. Avtorji ob oddaji članka podpišejo *Izjavo o avtorstvu* in z njo potrdijo, da noben del prispevka do sedaj ni bil objavljen ali sprejet v objavo kjer koli drugje in v katerem koli jeziku.

V primeru etičnih kršitev se sproži postopek pregleda in razsojanja, ki ga vodi uredniški odbor revije. Na drugi stopnji etičnega presojanja razsodi Častno razsodišče Zbornice Zveze.

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 oziroma 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) oziroma 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 oziroma v tabelah in slikah ter pazimo, da izberemo le en prikaz

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

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

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

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

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

Pregledni znanstveni članek je pregled najnovejših raziskav o določenem predmetnem področju z namenom povzemati, analizirati, evalvirati ali

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

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

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

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

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

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

Navajanje literature

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo, koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo *APA 6 - American Psychological (APA Style, 2021)* 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. Ko avtorje v besedilu navajamo prvič zapišemo do 5 avtorjev s priimki (zadnja dva priimka ločimo z »&«: (Stare & Pahor, 2010; Sharp, Novak, Aarons, Wittenberg, & Gittens, 2007). Če je avtorjev več kot 5 navedemo le prvega in dopišemo »et al.«: (Chen et al., 2007). V nadaljnjem tekstu pišemo kadar so 3 ali več avtorjev priimek prvega avtorja in »et al.« (več o uporabi najdete na strani <https://blog.apastyle.org/apastyle/2011/11/the-proper-use-of-et-al-in-apa-style.html>). 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 do vključno sedem, moramo navesti vse avtorje. Pred zadnjim avtorjem damo znak &. V primeru, da je avtorjev 8 ali več, navedemo prvih šest avtorjev, dodamo tri pike in zadnjega avtorja. V primeru, da imamo med viri dva avtorja z istim priimkom in enakimi prvimi črkami imena, moramo avtorjevo polno ime napisati v oglatih oklepajih za začetnico imena.

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 »Retrieved from« in datum dostopa ter zapišemo URL- ali URN-naslov (glej primere).

Avtorjem priporočamo, da pregledajo objavljene članke na temo svojega rokopisa v predhodnih številkah naše revije (za obdobje zadnjih pet let).

Ostali primeri citiranja so avtorjem na voljo na <https://apastyle.apa.org/>.

Primeri navajanja literature v seznamu

Citiranje knjige:

Nemac, D., & Mlakar-Mastnak, D. (2019). *Priporočila za telesno dejavnost onkoloških bolnikov*. Ljubljana: Onkološki inštitut.

Ricci Scott, S. (2020). *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

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

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

Longman, L., & Heap, P. (2010). Sedation. In R. S. Ireland (Ed.), *Advanced dental nursing* (2nd ed., pp. 159–224). Hoboken: Blackwell Publishing.
<https://doi.org/10.1002/9781118786659.ch4>

Citiranje knjige, ki jo je uredil en ali več urednikov:

Farkaš-Lainščak, J., & Sedlar, N. (Eds.). (2019). *Ocena potreb, znanja in veščin bolnikov s srčnim popuščanjem in obremenitev njihovih neformalnih oskrbovalcev: znanstvena monografija*. Murska Sobota: Splošna bolnišnica.

Citiranje člankov iz revij:

East-Telling, C., Kingston, P., Taylor, L., & Emmerson, L. (2021). Ageing simulation in health and social care education: A mixed methods systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 23–46.
<https://doi.org/10.1111/jan.14577>

Selfridge, M., Card, K. G., Lundgren, K., Barnett, T., Guarasci, K., Drost, A. ... Lachowsky, N. (2020). Exploring nurse-led HIV Pre-Exposure Prophylaxis in a community health care clinic. *Public Health Nursing*, 37(6), 871–879.
<https://doi.org/10.1111/phn.12813>

Oh, H.-K., & Cho, S.-H. (2020). Effects of nurses' shiftwork characteristics and aspects of private life on work-life conflict. *PLoS ONE*, 15(12), Article e0242379.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242379>

Marion, T., Reese, V., & Wagner, R. F. (2018). Dermatologic features in good film characters who turn evil: The transformation. *Dermatology Online Journal*, 24(9), Article 4. Retrieved December 4, 2019 from <https://escholarship.org/uc/item/1666h4z5>

Sundaram, V., Shah, P., Karvellas, C., Asrani, S., Wong, R., & Jalan, R. (2020). Share MELD-35 does not fully address the high waiting list mortality of patients with acute on chronic liver failure grade 3. *Journal of Hepatology*, 73(Suppl. 1), S8–S9.
[https://doi.org/10.1016/S0168-8278\(20\)30578-X](https://doi.org/10.1016/S0168-8278(20)30578-X)

Livingstone-Banks, J., Ordóñez-Mena, J. M., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001118.pub4>

Anonymous. (2010). Food safety shake-up needed in the USA. *The Lancet*, 375(9732), 2122.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60979-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60979-8)

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, B. M. Kaučič & J. Ramšak-Pajk 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* (pp. 38–46). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Citiranje diplomskega, magistrskega dela in doktorske disertacije:

Ajlec, A. (2010). *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege* (diplomsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Maribor.

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

Kolenc, L. (2010). *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre* (doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.

Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov in organizacij:

The Patient Protection and Affordable Care Act, Publ. L. No. 111-148, 124 Stat. 119 (2010). Retrieved from <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>

Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja / ZOFVI/ (1996). Uradni list RS, št. 12 (13. 12. 1996). Retrieved from http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r05/predpis_ZAKO445.html

Zakon o pacientovih pravicah /ZPacP/ (2008). Uradni list RS, št. 15 (29. 1. 2008). Retrieved from <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

World Health Organization. (2017). *Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Guideline Central. Retrieved from <https://www.guidelinecentral.com/share/summary/5acc36cc939f5#section-society>

American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Retrieved from <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/coe-view-only/>

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.

Citiranje elektronskih virov

American Society for the Prevention of Cruelty to Animals. (2019, November 21). *Justice served: Case closed for over 40 dogfighting victims*. Retrieved April 23, 2020 from <https://www.asPCA.org/news/justice-served-case-closed-over-40-dogfighting-victims>

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.

V primeru oddaje članka, ki ni skladen z navodili, si uredništvo pridružuje pravico do zavrnitve članka. Spreminjanje vrstnega reda avtorjev ali korespondenčnega avtorja tekom postopka objave članka ni dovoljeno, zato naprošamo avtorje, da skrbno pregledajo v dokumentu Naslovna stran vrstni red avtorjev.

Pred oddajo članka naj avtor članek pripravi v naslednjih treh 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, ORCID, Twitter) in podatek o tem, kdo je korespondenčni avtor; če je članek napisan v angleščini, morajo biti tako zapisani tudi vsi podatki o avtorjih; podpisi avtorjev; 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. IZJAVA O AVTORSTVU

Izjavo o avtorstvu in strinjanju z objavo prispevka, s podpisami avtorjev in razčlenitvijo delov pri katerih so sodelovali na podlagi ICMJE smernic h katerim je revija zavezana.

3. 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 oziroma slik.

Obseg članka: članek naj vsebuje največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno zasnovane raziskave. V ta obseg je vključen 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).

Predložitev članka s strani urednikov ali članov uredniškega odbora

Spodbudno je, da uredniki in člani uredniškega odbora Obzornika zdravstvene nege objavljajo v reviji. V izogib vsakršnemu konfliktu interesov, člani uredniškega odbora ne vodijo uredniškega postopka za svoj članek. Če eden izmed urednikov predloži članek v uredništvo, potem drugi urednik sprejema odločitve vezane na članek. Uredniki ali člani uredniškega odbora ne opravljajo recenzije ali vodijo uredniškega postopka sodelavcev iz institucije v kateri so zaposleni, pri čemer morajo paziti na nastanek potencialnih konfliktov interesov. Od vseh članov uredniškega odbora kot tudi urednikov se pričakuje, da bodo spoštovali zasebnost, sledili načelu pravičnosti in sporočali morebitne konflikte interesov, ki jih imajo do avtorjev oddanih člankov.

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. Uredništvo predlaga avtorju, da popravke/spremembe v članku označi z rumeno barvo. 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, v nasprotnem 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 objavlanje. 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)novjšo 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 recenzijskem 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

APA Style. (2021). Retrieved May 2nd, 2021, from <https://apastyle.apa.org/>

APA Style 6th Edition Blog: APA Style Experts. (2009). Retrieved May 2nd, 2021, from <https://blog.apastyle.org/apastyle/2011/11/the-proper-use-of-et-al-in-apa-style.html>

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.

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), 2191–2194.

<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
PMid:24141714

Posodobljeno december 2021

Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege. (2022). Navodila avtorjem in recenzentom. *Obzornik zdravstvene nege* 56(2), 154–160.

GUIDE FOR AUTHORS

General guidelines

The manuscript should be written clearly and succinctly in standard Slovene or English and should conform to acceptable language usage. The journal accepts original and review scientific articles. Original scientific article should be up to 5000 words long, review scientific article should be up to 6000 words, including an abstract (Slovenian or English), tables, figures and references. The authors should use the Microsoft Word templates accessible on the website of the editorial board (Title Page and Template for Original Scientific Article/Review Article). All articles considered for publication in the Slovenian Nursing Review will be subjected to external, triple-blind peer review. Manuscripts are accepted for consideration by the journal with the understanding that they represent original material, have not been previously published and are not being considered for publication elsewhere. Individual authors bear full responsibility for the content and accuracy of their submissions and should therefore state their full name(s) when submitting the article. The submission should also include the name of the designated corresponding author (with their complete home and e-mail address, and telephone number) responsible for communicating with the editorial board and other authors. In submitting a manuscript, the authors must observe the standard scientific research paper structure, format and typology, and submission guidelines. The manuscript will be submitted to the review process once it is submitted in accordance with the guidelines of the editorial office.

If the article reports on research involving human subjects, it should be evident from the methodology section 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 the institutional or national level prior to subject recruitment and data collection.

The title of the article, abstract and key words, tables (descriptive title and legend) and figures (descriptive title, notes and legend) must be submitted in Slovene as well as in English. The same applies to articles written in English, in which these elements must be presented first in the English language, followed by their translation into Slovene. A manuscript can include a total of five tables and/or figures. Tables and figures should be placed next to the relevant text. The results presented in the tables and figures should use symbols as required by the Author Guidelines, available on the journal website. The authors should refer to each table/figure in the text. The use of footnotes or endnotes is not allowed.

Ethical principles

Should the editorial board find that the manuscript infringes any copyright, it will be immediately excluded from the editorial process. In order to detect plagiarism, a detector of similar contents *Detektor podobnih vsebin* (DPV) and the *CrossCheck Plagiarism Detection System* are used. The authors sign the Authorship Statement confirming that no part of the paper has been published or accepted for publication elsewhere and in any other language.

In case of ethical violations, a resolution and adjudication process is initiated, led by the editorial board of the journal. The second stage of the resolution process is conducted by an honorary review panel of the Slovenian Nursing Review.

Article typology

The editors reserve the right to re-classify any article under a topic category that may be more suitable than that it was originally submitted under. 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). While such reclassification may be suggested by the author or the reviewer, the final decision rests with the editor-in-chief and the executive editor.

Methodological structure of an article

The title, abstract and key words should be written in Slovene and English. 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 should define the content of the article and reflect its core topic or message. All articles should be accompanied by an abstract of no more than 150–220 words written in the third person. Abstracts accompanying articles should be structured and should not include references.

A **structured abstract** is an abstract which has individually outlined and labelled sections for quick reference. It is structured under the following headings:

Introduction: This section indicated the main question to be answered, and states 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, the place, methods and time of data collection, and methods of data analysis.

Results: This section briefly summarises and discusses the major findings. The information presented in this

section should be directly connected to the research question and purpose of the study. Quantitative studies should include the statement of 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 positive and negative research findings should be adequately presented.

Structure of an Original Scientific Article (1.01)

An original scientific article is the first-time publication of original research results in a way which allows the research to be repeated and the findings checked. The research should be based on primary sources no older than five years at the time of the publication of the article.

Introduction: In the introductory part, the research problem is defined in the context of theoretical knowledge and scientific evidence. The review of scholarly literature on the topic provides the rationale behind the study and identifies the gap in the literature related to the problem. It justifies the purpose and aims of the study, research questions or hypotheses, as well as the method of investigation (research design, sample size and characteristics of the proposed sample, data collection and data analysis procedures). The research should be based on primary sources of recent national and international research no older than ten or five years respectively if the topic has been widely researched. Citation of sources and references to previous research findings should be included while the authors' personal views should not. Finally, the aims and objectives of the study should be specified. We recommend formulating research questions (qualitative research) or hypotheses (quantitative research).

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

The *description of the research instrument* includes information about the structure 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, the data collection method should be stated along with the preliminary research questions, a possible format or structure of data collection and processing, the criteria of validity and reliability of data collection.

The *description of the sample* defines the population from which the sample was selected, the type of the sample, the response rate of the participants, the respondents' demographics (gender, level of educational attainment, length of work experience, post currently held, etc.). In qualitative research, the categories of the sampling procedure and inclusion criteria are also defined and the sample size and saturation is explained.

The *description of the research procedure and data analysis* includes ethical approvals to conduct the research, permission to conduct the research within the confines of an institution, description of the research procedure, guarantee of anonymity and voluntary participation of the research participants, the 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. Qualitative research should include a detailed description of the methods of data collection and recording, number and duration of observations, interviews and surveys, sequences, transcription of data, steps in data analysis and interpretation, and receptiveness of the 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 should be focused on statistically significant or unexpected findings. Results are presented according to the level of statistical complexity. All abbreviations used in figures and tables should be accompanied with explanatory captions in the legend below the table or figure. Results are presented according to the variables, and should answer all research questions or hypotheses. In qualitative research, the development of codes and categories should also be presented, including one or two representative statements of respondents. A schematic presentation of the codes and ensuing categories should be provided.

Discussion: The discussion section analyses the data descriptively (numerical data should be avoided) in relation to specific variables from the study. 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 to 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 results of the study. 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 suggestions for further research building on the topic, conclusions and contributions of the study, taking into account its limitations. Citations of quotes, paraphrases or abbreviations 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 a maximum of three years before article publication.

A review article represents an overview of the latest publications in a specific subject area, the studies of an individual researcher or group of researchers with the purpose of summarising, analysing, evaluating or synthesising previously published information. Research findings are not only described but explained, interpreted, analysed, critically evaluated and presented in a scholarly manner. A review article presents either qualitative data processing of previous research findings (meta-analyses) or qualitative syntheses of previous research findings (meta-syntheses) and thus provides new knowledge and concepts for further research. The organisational 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 research question(s).

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

Review methods include the development, testing and search strategy, predetermined criteria for the inclusion in the review, the searched databases, 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 studies, 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. 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).

Quality assessment of the review and description of data processing includes the assessment of the research approach and data obtained as well as the quality of included research studies according to the hierarchy of evidence, and the data processing method.

The results should be presented in the form of a table and should include a quality analysis of the sources consulted. The table should include the author(s) of each study, 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 the hierarchy of evidence. The results should be presented verbally and visually (tables and figures), the main findings concerning the research design should also be included. In qualitative synthesis, the codes and categories should be used as a result of the qualitative synthesis review. In quantitative analysis, the statistical methods of data processing of the used scientific works should be described.

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

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

References

In academic writing, authors are required to acknowledge the sources from which they draw their information, including all statements, theories or methodologies applied. Authors should follow the *APA 6 - American Psychological Association* (APA Style, 2021) for in-text citations and in the list of references at the end of the paper. **In-text citations** or parenthetical citations are identified by the authors' surname and the publication year placed within parentheses immediately

after the relevant word and before the punctuation mark: (Pahor, 2006). When we list the authors in the text for the first time, we write up to 5 authors with surnames (the last two surnames are separated by '&': (Old & Pahor, 2010; Sharp, Novak, Aarons, Wittenberg, & Gittens, 2007). If there are more than 5 authors, we list only the first and add 'et al.': (Chen et al., 2007). In the following text we write over 3 authors surname and 'et al.' nad (more about use can be found on the page <https://blog.apastyle.org/apastyle/2011/11/the-proper-use-of-et-al-in-apa-style.html>). 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, 2013; Pajntar, 2013; Wong et al., 2013). 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).

Secondary sources should be referenced 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 parentheses, and the year of publication: *The past is the past* (Anon., 2008). In citing a piece of work whose authorship is an organisation or corporate author, the name of the organisation should be given, followed by the year of publication (Royal College of Nursing, 2010). If no date of publication is given, the abbreviation 'n. d.' (no date) should be used: (Smith, n. d.). An in-text citation and a full reference should 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 in the photo is recognisable, a prior informed consent for publication should be gained from the subject or, in the case of a minor, from their parent or guardian.

All in-text citations should be listed in the **references** at the end of the document. Only the citations used are listed in the references, which should be arranged in alphabetical order according to authors' last names. 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 there are more than six authors, the reference includes the first six authors' names followed by et al. The list of references should be arranged in alphabetical order according to the first author's last name, character size 12pt with single spaced lines, left-aligned and with 12pt spacing after references (paragraph spacing). Cited pages should be included in the in-text citation if the original segment of the text is cited (Ploč, 2013, p.56) and in the references (see examples). If several pages are cited from the same source, the pages should be separated by a comma (e.g. pp. 15–23, 29, 33, 84–86). If a source cited is also accessible on the World Wide Web, the bibliographic information should

conclude with 'Retrieved from', date, followed by the URL- or URN-address (See examples).

Authors are advised to consult articles on the topic of their manuscript which have been published in previous volumes of our journal (over the past five-year period). Other examples of citations and references are available at <https://apastyle.apa.org/>.

Reference Examples by Type of Reference

Book references:

Nemac, D., & Mlakar-Mastnak, D. (2019). *Priporočila za telesno dejavnost onkoloških bolnikov*. Ljubljana: Onkološki inštitut.

Ricci Scott, S. (2020). *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

References for chapter/essay in a book edited by multiple editors:

Longman, L., & Heap, P. (2010). Sedation. In R. S. Ireland (Ed.), *Advanced dental nursing* (2nd ed., pp. 159–224). Hoboken: Blackwell Publishing.
<https://doi.org/10.1002/9781118786659.ch4>

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

References for books edited by one or multiple authors:

Farkaš-Lainščak, J., & Sedlar, N. (Eds.). (2019). *Ocena potreb, znanja in veščin bolnikov s srčnim popuščanjem in obremenitev njihovih neformalnih oskrbovalcev: znanstvena monografija*. Murska Sobota: Splošna bolnišnica.

Journal article references:

Eost-Telling, C., Kingston, P., Taylor, L., & Emmerson, L. (2021). Ageing simulation in health and social care education: A mixed methods systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 23–46.
<https://doi.org/10.1111/jan.14577>

Selfridge, M., Card, K. G., Lundgren, K., Barnett, T., Guarasci, K., Drost, A. ... Lachowsky, N. (2020). Exploring nurse-led HIV Pre-Exposure Prophylaxis in a community health care clinic. *Public Health Nursing*, 37(6), 871–879.
<https://doi.org/10.1111/phn.12813>

Oh, H.-K., & Cho, S.-H. (2020). Effects of nurses' shiftwork characteristics and aspects of private life on work-life conflict. *PLoS ONE*, 15(12), Article e0242379.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242379>

Marion, T., Reese, V., & Wagner, R. F. (2018). Dermatologic features in good film characters who turn evil: The transformation. *Dermatology Online Journal*, 24(9), Article 4. Retrieved December 4, 2019 from <https://escholarship.org/uc/item/1666h4z5>

Sundaram, V., Shah, P., Karvellas, C., Asrani, S., Wong, R., & Jalan, R. (2020). Share MELD-35 does not fully address the high waiting list mortality of patients with acute on chronic liver failure grade 3. *Journal of Hepatology*, 73(Suppl. 1), S8–S9. [https://doi.org/10.1016/S0168-8278\(20\)30578-X](https://doi.org/10.1016/S0168-8278(20)30578-X)

Livingstone-Banks, J., Ordóñez-Mena, J. M., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001118.pub4>

Anonymous. (2010). Food safety shake-up needed in the USA. *The Lancet*, 375(9732), 2122. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60979-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60979-8)

References for 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, B. M. Kaučič, J. Ramšak-Pajk 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* (pp. 38–46). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

References for 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). Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Maribor.

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

Kolenc, L. (2010). *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre* (doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.

References for laws, codes, regulations and organisations:

The Patient Protection and Affordable Care Act, Publ. L. No. 111-148, 124 Stat. 119 (2010). Retrieved from <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>

Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja / ZOFVII (1996). Uradni list RS, št. 12 (13. 12. 1996). Retrieved from http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r05/predpis_ZAKO445.html

Zakon o pacientovih pravicah /ZPacP/ (2008). Uradni list RS, št. 15 (29. 1. 2008). Retrieved from <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

World Health Organization. (2017). *Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Guideline Central. Retrieved from <https://www.guidelinecentral.com/share/summary/5acc36cc939f5#section-society>

American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Retrieved from <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/coe-view-only/>

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.

References for electronic resources:

American Society for the Prevention of Cruelty to Animals. (2019, November 21). *Justice served: Case closed for over 40 dogfighting victims*. Retrieved April 23, 2020 from <https://www.aspc.org/news/justice-served-case-closed-over-40-dogfighting-victims>

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.

If the article submitted does not comply with the submission guidelines, the editorial board retains the right to reject the article. Changing the order of authors or corresponding authors during the publication process is not permitted. We therefore ask authors to carefully review the sequence of authors stated in the 'Title Page' – Names of Authors document.

Prior to article submission, the authors should prepare the manuscript in the following separate documents.

1. The TITLE PAGE, which should include:

- the title of the article;
- the full names of the author/s in the same order as that cited in the article;
- the data about the authors (name, surname, their highest academic degree, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status, e-mail address, ORCID, Twitter), 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; authors' signatures; the

- e-statement of authorship 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, masters 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 articles written in the Slovene language, the English version of the statements must be included). The statements should be included before the 'References' 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 recognising 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 including the following statement: 'The authors declare that no conflicts of interest exist.'

Funding

The authors are responsible for recognising 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 including 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. STATEMENT OF AUTHORSHIP

The statement of authorship and permission to publish the article should include authors' signatures and their contribution to the paper in line with the principles and recommendations of the ICMJE.

3. THE MAIN DOCUMENT should be anonymised and include the title (without the names of authors and contact data), abstract, key words, the text in the designated format, tables, figures, images and literature. Authors may present up to 5 tables/figures in the article.

Length of the manuscript: The length of the paper must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, including the title, abstract, tables, pictures and literature. The number of words should be stated in the 'Title Page' document.

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. Authors are required to use the Microsoft Word template available at the Slovenian Nursing Review website.

The tables should contain information organised into discrete rows and columns. They should be numbered sequentially 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 summarising the data in respective rows and columns, and, if necessary, notes and legends. No empty cells should be 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 table sizes.

Figures should be numbered consecutively in the order first cited in the text, using Arabic numerals. Captions and legends should be given below each figure in Slovene and English, Times New Roman font, size 11. Figures refer to 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 a 2-dimensional coordinate system, both axes (x and y) should include the units or measures used.

The author will receive no payment from the publishers for the publication 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.

Article submissions by editors and members of the editorial board

Editors and members of the Slovenian Nursing Review editorial board are encouraged to publish in the journal. To avoid any conflicts of interest, members of the editorial board do not process their own papers. If one of the editors submits a paper, another editor processes it. Editors or members of the editorial board also do not deal with the review or processing of papers by research collaborators or colleagues in their work institutions, and need to be very mindful of any potential conflict of interest. All members of the editorial board as well as editors are expected to exercise discretion, fairness and declare to the editing team any proximity to submitting authors.

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 manuscripts prepared according to the adopted guidelines. Initially all papers are assessed by an editorial committee which determines whether they meet the basic standards and editorial criteria for publication. All articles considered for publication will be subjected to a formal blind peer review by three external reviewers in order to satisfy the criteria of objectivity and 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 an agreed time period set by the editorial board. If the manuscript is not received by the given deadline, it will not be published. If the 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 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 the publication process. If authors do not reply within 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 in the 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 the main conclusions. Reviewers are obliged to inform the editorial board of any inconsistencies. The review focuses also on the proper use of the conventional citation style and accuracy and consistency of references (concordance of in-text and end-of-text references), 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. Reviews are subjected to an external, blind peer review process. The prospective reviewer will receive a manuscript with the authors' names removed from the document through the OJS system. 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 *Track Changes* function. The reviewed manuscript, including anonymised suggestions, are uploaded to the OJS system and made accessible to the author. The reviewer should be careful to mask their identity before completing this step. The final acceptance and publication decision rests with the editorial board.

References

APA Style. (2021). Retrieved May 2nd, 2021, from <https://apastyle.apa.org/>

APA Style 6th Edition Blog: APA Style Experts. (2009). Retrieved May 2nd, 2021, from <https://blog.apastyle.org/apastyle/2011/11/the-proper-use-of-et-al-in-apa-style.html>

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, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

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), 2191–2194. Retrieved from <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
PMid:24141714

Updated on December 2021

Cite as:

Slovenian Nursing Review. (2022). Guide for authors and reviewers. *Slovenian Nursing Review*, 56(2), 161–168.

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, Associate Professor

Editor, Executive Editor:

Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN, Associate 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
- **Vladimir 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, Associate Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mateja Lorber, PhD, MSc, BSc, RN, Associate 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, Associate 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, Assistant Professor**, 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 Vrtnjak, PhD, MSN, RN, Assistant Professor**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia

Readers for Slovenian

Simona Gregorčič, BA

Tonja Jelen, 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: 530 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.

Published articles reflect the views of the authors and not necessarily those of the journal.

Kazalo/Contents

UVODNIK/EDITORIAL

- The importance of financial literacy in nursing: A call for action
Pomen finančne pismenosti v zdravstveni negi: poziv k ukrepanju 100
Aysun Bayram, Alvisa Palese

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Kulturna kompetentnost v slovenski bolnišnični prehrani: kvalitativna opisna raziskava
Cultural competence in Slovenian hospital nutrition: A qualitative descriptive study 105
Helena Kristina Halbwachs, Marija Ovsenik

- Uporaba Edinburške lestvice poporodne depresije za presejanje očetov na poporodno depresijo:
pilotna raziskava
Use of the Edinburgh postpartum depression scale for screening new fathers for postpartum
depression: A pilot study 117
Anel Karič, Ana Polona Mivšek

- Zadovoljstvo študentov zdravstvene nege s kliničnim usposabljanjem: opisna raziskava
Satisfaction of nursing students with clinical practice: A descriptive research 123
Anet Rožnik, Anika Božič, Mirko Prosen, Sabina Ličen

- Odnos študentk in študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti: kvantitativna opisna raziskava
Attitudes of female and male nursing students towards homosexuality: A quantitative descriptive research 132
Rebeka Lekše, Ana Marija Capuder, Aleš Vehar, Katja Vehar, Sabina Ličen

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Prehranjevanje oseb z napredovalo demenco: integrativni pregled literature
Nutrition of people with advanced dementia: An integrative literature review 141
Petra Florjančič, Marija Milavec Kapun

