

# Obzornik zdravstvene nege

## Slovenian Nursing Review

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

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2024 Letnik 58 Številka 3  
Ljubljana 2024 Volume 58 Number 3

## **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, Sherpa Romeo, SCILIT.

---

## **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, Sherpa Romeo, SCILIT.

**KAZALO/CONTENTS****UVODNIK/EDITORIAL**

- Pursuing nursing excellence  
Doseganje odličnosti v zdravstveni negi  
*Rhoda Redulla* 164

**IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE**

- The impact of an educational intervention on fertility awareness of healthcare professionals:  
A cross sectional study  
Vpliv izobraževalne intervencije na zavedanje o pomenu ohranjanja plodnosti med zdravstvenimi  
strokovnjaki: presečna raziskava 168  
*Petra Petročnik, Mirko Prosen, Boštjan Žvanut, Patrik Pucer, Ana Polona Mivšek*

- Medkulturna kompetentnost v pediatrični onkološki zdravstveni negi:  
deskriptivno-interpretativna raziskava  
Cultural competency in paediatric oncology nursing: A descriptive interpretative study 175  
*Nataša Čulibrk, Tina Ferfolja, Marina Lukič, Sabina Ličen, Maja Čemažar, Mirko Prosen*

**PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE**

- Managing postcaesarean section pain with opioid analgesia and the effect on breastfeeding:  
A literature review  
Obvladovanje bolečine po carskem rezu z opioidno analgezijo in vpliv na dojenje: pregled literature 185  
*Uroš Višič, Miha Lučovnik*

- Vloga diplomirane medicinske sestre pri umetni ventilaciji kritično bolnih pacientov: pregled literature  
The role of the registered nurse in artificial ventilation of critically ill patients: A literature review 196  
*Marija Štuhec*

- Potrebe staršev otrok z motnjo avtističnega spektra: pregled literature  
The needs of parents of children with autism spectrum disorder: A literature review 207  
*Tina Hodaj, Jožica Ramšak Pajk*

Editorial/Uvodnik

## Pursuing nursing excellence

### Doseganje odličnosti v zdravstveni negi

Rhoda Redulla<sup>1, 2, \*</sup>

As part of the continuous commitment to excellence, organizations pursue certification and designation programs focused on improving the work environment, advancing practice, and attaining a status of distinction and the highest level of recognition. Through these programs, nurses are recognized for their contributions to their work environment and care delivery. This is important for nurses' professional and personal fulfillment, job satisfaction, and retention; such recognition can occur at the individual, unit, or organizational level (Hurley et al., 2021). Some programs are focused on specialty areas such as critical care, medical-surgical, psychiatry and stroke.

The American Nurses Credentialing Center (ANCC) established the Magnet Recognition Program<sup>®</sup> and Pathway to Excellence (AACN, 2024b), two programs which recognize nursing excellence. During the nursing shortage in the 1980s, the American Academy of Nursing conducted a study to identify which hospitals retained nurses better. The study identified the characteristics institutions possessed that led to lower nurse turnover and vacancy rates because of their ability to attract and retain nurses. These hospitals were then described as "Magnet<sup>®</sup>" hospitals and marked the creation of the Magnet Recognition Program<sup>®</sup> in the 1990s. Elements that were important to nurses such as autonomy in practice, shared governance, collaboration, and teamwork supported a positive practice environment resulting to better nurse retention and improved outcomes in quality and safety.

The ANCC Pathway to Excellence Program (AACN, 2024b) recognizes a health care organization's commitment to creating a positive practice environment that empowers and engages staff. Pathway includes six standards that are essential elements in developing a positive practice environment for nursing

across a variety of healthcare settings. These standards include shared decision-making, leadership, safety, quality, wellbeing, and professional development. In the UK, several hospitals were successfully designated as Pathway organizations.

The American Association of Critical-Care Nurses (AACN) developed the Beacon Award (AACN, 2024c) to recognize hospital units that exemplify excellence in professional practice, patient care, and outcomes. The AACN Beacon Award recognizes top hospital units that meet standards of excellence in recruitment and retention; education, training and mentoring; research and evidence-based practice; patient outcomes; leadership and organizational ethics; and creation of a healthy work environment. The organization is designated as Gold, Silver, or Bronze, demonstrating their stage in the journey (AACN, 2024c). In 2010, the award was updated to align with Magnet<sup>®</sup> quality indicators. Examples of other awards or designations that recognize excellence in specialty areas include the American Medical-Surgical Nursing (AMSN) PRISM Award, Emergency Nurses Association (ENA) Lantern Award, Society of Gastroenterology Nurses and Associates (SGNA) Flame Award.

#### *Why consider pursuing programs of excellence?*

In spite of the recent wave of significant nursing turnover, many healthcare organizations pushed to work towards achieving or sustaining designated status. In one Magnet<sup>®</sup>-designated organization, nurses were asked to reflect on what Magnet<sup>®</sup> status means to them. A nurse who has seen the hospital's evolution before Magnet<sup>®</sup> referred to themes of more accountability and autonomy in their practice, along with improved collaboration with other disciplines: "Today, nurses really take much more responsibility for

<sup>1</sup> NewYork-Presbyterian, 435 E. 70th St., 4K New York, New York 10021, United States of America

<sup>2</sup> Yale University School of Nursing, 400 West Campus Drive, Orange, CT 06477, United States of America

\* Corresponding author/Korespondenčni avtor: rhodaredulla@gmail.com



themselves, develop our own standards and policies, have more interaction with other departments and focus more on furthering our education." (Johns Hopkins Nursing, 2024).

At another hospital, eight hospital units received support to apply for the Beacon award, including the formation of a collaborative to facilitate the submission and designation process. Frontline nurses became directly involved with the development of the strategic plan, engaged in discussions regarding the healthy work environment standards, and were involved in the Collaborative. Although each unit progressed at its own pace, all eight units were successfully designated the Beacon Award (Hurley et al., 2021).

Is pursuing the designation or award worth the investment and process? Achieving recognitions of excellence has unique benefits, including recognition, retention, credibility, and improvement. Nursing teams are able to celebrate their achievements and nurses' contributions in clinical excellence. Because excellence programs exemplify healthy work environments, a benefit of successful designation is improved nurse satisfaction and retention. The US RN turnover rate as published in a March 2024 report by NSI Nursing Solutions was 18.4% (Nursing Solutions, 2024). The most recent data released by the ANCC for Magnet® hospitals as of May 2022 was 12.47% (AACN, 2024a). Apart from improving nurse retention, supporting the work environment of nurses has cumulative benefits. Successful designation has been reported to have a positive effect on quality and safety, including lower mortality rates and healthcare associated infections.

### *Commitment Required*

The decision to apply for a designation involves strong leadership and commitment by the institution. Support and buy-in from the C-Suite helps ensure a successful designation. The C-Suite plays a pivotal role in aligning the pursuit of a designation with the organization's strategic goals and vision. Their understanding of how the designation fits into the overall strategy helps ensure that resources and efforts are appropriately managed and allocated. A key step is creating the infrastructure to support the journey to designation which includes establishing the team charged to work on the designation. Designation programs require the organization to collect data. For example, the Magnet Recognition Program® requires organizations to collect nurse-sensitive quality indicators and benchmark that data against a database at the highest/broadest level possible, whether at the national, state, regional, or specialty organization level.

Nursing-focused designation programs are anchored on a framework that supports lifelong learning and involvement of nurses in interprofessional decision-making. Organizations establish nursing committees led or co-led by frontline nurses to work on goals

aligned with the strategic priorities of the hospital. For example, in one hospital, a Nursing Quality and Safety Council created a healthcare-associated infections (HAI) champions program. HAI champions facilitate the implementation of reduction strategies in CLABSI, C-diff and other HAIs.

For Magnet®, one of the key requirements is to demonstrate the involvement of nurses in research, where a nurse is the principal investigator or co-investigator. The organization's commitment to Magnet® designation includes establishing the infrastructure, resources, and tools for nursing research to grow and flourish. Magnet® creates an environment where nurses lead clinical inquiry and innovation.

For most designation programs, the formal process starts with the submission of an electronic application, followed by the submission of written documents, including qualitative and quantitative evidence regarding patient care and outcomes. To be successful, the organization designates a program leader for oversight of the entire process. Writing teams are formed to organize the narratives, evidence, and data. For some designations or awards, a site visit is part of the process to validate the enculturation of nursing excellence.

### *Call to action*

While the requirements and criteria (AACN, 2024a) may seem too overwhelming and challenging, organizations can start with small steps and demonstrate success in select areas or at the unit level. Another option is to use the designation's framework (such as Magnet® or Beacon) in conducting a gap analysis and identifying areas of opportunity. By actively pursuing these certification and designation programs, nursing organizations demonstrate their dedication to nurturing a skilled and resilient nursing workforce capable of meeting the evolving challenges in healthcare. This strategic investment not only strengthens individual nurses but also contributes to the overall quality of patient care and organizational effectiveness.

---

### *Slovenian translation/Prevod v slovenščino*

V delovnih organizacijah se kot del stalne zavezanosti k doseganju odličnosti izvajajo programi certificiranja in podeljevanja priznanj, namenjeni uvajanju izboljšav v delovno okolje, napredka v praksi ter pridobivanju statusa odličnosti in pohvale na najvišji ravni. Cilj tovrstnih programov je izkazati priznanje zdravstvenemu osebju (tako na ravni posameznika, kot tudi enote ali organizacije) za prispevek k delovnemu okolju in kakovostnemu izvajanju zdravstvene nege, kar je izrednega pomena v smislu poklicne in osebne

izpolnitve medicinskih sester, njihovega zadovoljstva pri delu in ohranjanja zaposlitve (Hurley et al., 2021). Nekateri od omenjenih programov se osredotočajo na specializirana področja, kot so intenzivna nega, zdravstvena nega na kirurškem področju, zdravstvena nega v psihiatriji ali internistična zdravstvena nega.

Za priznanje odličnosti v zdravstveni negi je organizacija *American Nurses Credentialing Center* (ANCC) vzpostavil programa *Magnet Recognition Program*<sup>®</sup> in *Pathway to Excellence* (AACN, 2024b). V obdobju pomanjkanja medicinskih sester v 80-ih letih prejšnjega stoletja je *American Academy of Nursing* (AAN) izvedla raziskavo, namen katere je bil izpostaviti bolnišnice, ki so bile najuspešnejše pri zadrževanju medicinskih sester. Raziskava je opredelila dejavnike, s katerimi so bile bolnišnice sposobne pritegniti in zadržati medicinske sestre, kar je botrovalo k nižji fluktuaciji osebja in nižjemu številu prostih delovnih mest. Te bolnišnice so pridobile naziv »Magnet<sup>®</sup>«, s čimer se je v 90-ih pravzaprav uvedel program certificiranja Magnet<sup>®</sup>. Izsledki raziskave kažejo, da zdravstvenemu osebju najpomembnejši vidiki, kot so avtonomija v praksi, skupno upravljanje, sodelovanje in timsko delo, ustvarjajo pozitivno delovno okolje, kar pa po drugi strani prispeva k višji stopnji zadržanja medicinskih sester na delovnih mestih ter boljšim rezultatom na področju kakovosti in varnosti.

Program ANCC *Pathway to Excellence* (AACN, 2024b) podeljuje priznanje za zavezanost zdravstvene organizacije k ustvarjanju pozitivnega delovnega okolja, ki temelji na opolnomočenju in vključitvi osebja. Naziv »Pathway«, ki je bil podeljen že številnim bolnišnicam v Združenem kraljestvu, obsega nabor šestih standardov, ki so bistveni za razvoj pozitivnega delovnega okolja v zdravstvenih ustanovah. Ti standardi vključujejo skupno odločanje, vodenje, varnost, kakovost, dobro počutje in strokovni razvoj.

S priznanjem »Beacon« združenje *American Association of Critical-Care Nurses* (AACN) nagraduje bolnišnične oddelke, ki so zglede odličnosti v strokovni praksi, oskrbi pacientov in rezultatih zdravstvene nege. Priznanje se podeljuje bolnišničnim oddelkom, ki izpolnjujejo standarde odličnosti na področju ustvarjanja zdravega delovnega okolja, zaposlovanja in ohranjanja kadrov, izobraževanja, usposabljanja in mentorstva, raziskovanja ter na dokazih temelječe prakse, izidov zdravljenja ter etike v organizaciji in vodenju. Glede na dosežen uspeh se lahko podeli zlato, srebrno ali bronasto priznanje (AACN, 2024c).

S posodobitvijo programa se je leta 2010 priznanje uskladilo s kazalniki kakovosti Magnet<sup>®</sup>. Primeri drugih priznanj ali certifikatov odličnosti na specializiranih področjih so: priznanje »PRISM« strokovne zveze *American Medical-Surgical Nursing* (AMSN), priznanje »Lantern« združenja *Emergency Nurses Association* (ENA) ter priznanje »Flame« združenja *Society of Gastroenterology Nurses and Associates* (SGNA).

## Smisel prizadevanj za pridobitev certifikata odličnosti

Številne zdravstvene organizacije si kljub nedavnemu valu odhajanja medicinskih sester prizadevajo pridobiti ali obdržati podeljeni certifikat. V eni izmed organizacij s statusom Magnet<sup>®</sup> so medicinske sestre prosile, naj razmislijo o tem, kaj jim status Magnet<sup>®</sup> pomeni. Ena od zaposlenih, ki je bila priča razvoju bolnišnice pred pridobitvijo statusa Magnet<sup>®</sup>, je omenila večjo odgovornost in samostojnost pri svojem delu, prav tako pa tudi boljše sodelovanje s strokovnjaki drugih disciplin. Dejala je, da medicinske sestre danes prevzemajo veliko več odgovornosti zase, razvijajo lastne standarde in politike, tesneje sodelujejo z drugimi oddelki in se bolj intenzivno osredotočajo na nadaljnje izobraževanje (Johns Hopkins Nursing, 2024).

Osem bolnišničnih oddelkov druge bolnišnice je prejelo podporo za prijavo na certifikat »Beacon«, vključno z oblikovanjem delovne skupine za olajšanje postopka prijave in akreditacije, v kateri so bile najbolj izpostavljene medicinske sestre neposredno vključene v pripravo strateškega načrta in razprave o standardih zdravega delovnega okolja. Čeprav je vsak oddelek napredoval po svojih zmožnostih, je vseh osem prejelo priznanje »Beacon« (Hurley et al., 2021).

Ali je torej prizadevanje za pridobitev certifikata vredno naložbe v izvedbo potrebnih postopkov? Pridobivanje certifikatov odličnosti ima edinstvene koristi, med katerimi lahko izpostavimo priznavanje kakovosti, ohranjanje delovne sile, verodostojnost in nenehno izpopolnjevanje. Zdravstveni timi lahko z njimi proslavijo svoje dosežke in prispevke h klinični odličnosti. Programi odličnosti in podeljeno priznanje pomenijo zgled zdravega delovnega okolja, s čimer organizacije izkazujejo tudi višjo stopnjo zadovoljstva in zadržanja medicinskih sester. Poročilo *NSI Nursing Solutions* iz marca 2024 navaja 18,4 % stopnjo fluktuacije medicinskih sester v Združenih državah Amerike (Nursing Solutions, 2024). Po najnovejših podatkih, ki jih je objavil ANCC za bolnišnice s certifikatom Magnet<sup>®</sup>, je maja 2022 ta stopnja znašala 12,47 % (AACN, 2024a). Poleg učinkovitejšega zadržanja medicinskih sester ima podpora delovnemu okolju medicinskih sester tudi kumulativne koristi. Pridobitev certifikata pozitivno vpliva na kakovost in varnost, vključno z nižjo stopnjo umrljivosti in okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo.

## Pomen zavezanosti

Odločitev za prijavo na certificiranje je odvisna od učinkovitosti vodenja in stopnje zavezanosti same ustanove, torej od podpore in sodelovanja vodstva, saj ima le-to ključno vlogo pri usklajevanju prizadevanj za pridobitev naziva s strateškimi cilji in vizijo organizacije. Viri in prizadevanja se lahko ustrezno

upravljajo in dodeljujejo le, v kolikor vodstvo razume, kako se pridobitev naziva vključuje v splošno strategijo ustanove. Pri tem je ključni korak na poti do pridobitve naziva vzpostavitev ustrezne infrastrukture, ki vključuje imenovanje delovne skupine v tem procesu. Programi podeljevanja priznanj od organizacije zahtevajo zbiranje podatkov. Program Magnet<sup>®</sup> na primer od organizacij zahteva zbiranje kazalnikov kakovosti, ki se tičejo medicinskih sester, in te podatke primerja s podatkovno bazo na najvišji/najširši možni ravni, bodisi na nacionalni, državni, regionalni ali ravni specializirane organizacije.

Programi podeljevanja priznanj, usmerjeni v zdravstveno nego, temeljijo na okviru vseživljenjskega učenja in vključevanja medicinskih sester v medpoklicno odločanje. Organizacije ustanovijo odbore za zdravstveno nego, ki jih v prizadevanju za doseg ciljev, usklajenih s strateškimi prednostnimi nalogami bolnišnice, upravljajo ali soupravljajo najbolj izpostavljene medicinske sestre. V eni od obravnavanih bolnišnic je na primer svet za kakovost in varnost zdravstvene nege oblikoval program prvakov na področju okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo. Ta program omogoča izvajanje strategij za zmanjšanje števila bolnišničnih okužb.

Ena od ključnih zahtev za pridobitev statusa Magnet<sup>®</sup> je dokazati vključenost medicinskih sester v raziskave, pri katerih ima medicinska sestra vlogo vodilnega raziskovalca ali so-raziskovalca. Zavezanost organizacije k programu Magnet<sup>®</sup> vključuje vzpostavitev infrastrukture, virov in orodij za razvoj in razcvet raziskav zdravstvene nege. Magnet<sup>®</sup> tako ustvarja okolje, v katerem medicinske sestre vodijo klinične raziskave in inovacije.

Formalni postopek večine programov pridobivanja priznanj se prične z oddajo elektronske vloge, ki ji sledi predložitev pisnih dokumentov, vključno s kvalitativnimi in kvantitativnimi dokazi v zvezi z zdravstveno oskrbo pacientov in rezultati zdravljenja. Organizacija imenuje vodjo programa, ki nadzoruje celoten postopek, ter formira skupine za oblikovanje potrebnih besedil (pripovedi, dokazov in podatkov). Del nekaterih postopkov je tudi obisk lokacije, da se potrdi uvedbo dejavnikov odličnosti zdravstvene nege.

### Poziv k ukrepanju

Čeprav se zahteve in merila morda zdijo preobsežni in zahtevni, lahko organizacije pričnejo z majhnimi koraki in dokažejo uspeh na izbranih področjih ali na

ravni oddelkov. Druga možnost je, da pri analizi vrzeli in ugotavljanju priložnosti uporabijo okvir certificiranja (na primer Magnet<sup>®</sup> ali Beacon). Zdravstvene organizacije z aktivno izvedbo omenjenih programov dokazujejo svojo predanost vzgoji usposobljene in odporne delovne sile, ki se je sposobna soočati z novimi izzivi v zdravstvu. Tovrstna strateška naložba ne krepi le posameznih zdravstvenih delavcev, temveč prispeva k višji kakovosti zdravstvene nege in učinkovitosti organizacije.

### Conflict of interest/Nasprotje interesov

The author confirms that there are no conflict of interest./Avtorica izjavlja, da ni nasprotja interesov.

### Literature

American Nurses Credentialing Center (AACN). (2024a). *Eligibility Criteria*. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/apply/eligibility-criteria/>

American Nurses Credentialing Center (AACN). (2024b). *About Pathway*. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/pathway/overview/>

American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (2024c). *The Beacon Award of Excellence*. <https://www.aacn.org/nursing-excellence/beacon-awards/program-overview>

Drenkard, K. N. (2022). The Business Case for Magnet<sup>®</sup> Designation: Using data to support strategy. *Journal of Nursing Administration*, 52(9), 452–461. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001182> PMID:35973435; PMCID:PMC9415212

Hurley, D., Gantz, S. M., Valcin, E. K., & Sacco, T. L. (2021). The Beacon Collaborative: A journey to excellence. *Critical Care Nurse*, 41(5), e17–e25. <https://doi.org/10.4037/ccn2021956> PMID:34595497

Johns Hopkins Nursing (2024, June). *The Meaning of Magnet: Nurses ponder the significance of the nation's most coveted nursing award*. <https://www.hopkinsmedicine.org/nursing/about/magnet>

NSI Nursing Solutions. (2024, March). *2024 NSI National Health Care Retention & RN Staffing Report*. [https://www.nsinursingsolutions.com/Documents/Library/NSI\\_National\\_Health\\_Care\\_Retention\\_Report.pdf](https://www.nsinursingsolutions.com/Documents/Library/NSI_National_Health_Care_Retention_Report.pdf)

Cite as/Citirajte kot:

Redulla, R. (2024). Pursuing nursing excellence. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(3), 164–167. <https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.3.3304>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

## The impact of an educational intervention on fertility awareness of healthcare professionals: A cross sectional study

Vpliv izobraževalne intervencije na zavedanje o pomenu ohranjanja plodnosti med zdravstvenimi strokovnjaki: presečna raziskava

Petra Petročnik<sup>1</sup>, Mirko Prosen<sup>2</sup>, Boštjan Žvanut<sup>2</sup>, Patrik Pucer<sup>2</sup>, Ana Polona Mivšek<sup>1, \*</sup>

### Ključne besede:

predkonceptijsko zdravje;  
vseživljenjsko izobraževanje;  
zdravstveno varstvo

**Key words:** preconception  
health; life-long learning;  
health care

<sup>1</sup> University of Ljubljana,  
Faculty of Health Sciences,  
Department of Midwifery,  
Zdravstvena pot 5, 1000  
Ljubljana, Slovenia

<sup>2</sup> University of Primorska,  
Faculty of Health Sciences,  
Department of Nursing, Polje  
42, 6310 Izola, Slovenia

\* Corresponding author/  
Korespondenčni avtor:  
petra.petrocnik@zf.uni-lj.si

### POVZETEK

**Uvod:** Pari nosečnost odlagajo na vse poznejši čas, kar deloma tudi prispeva k višji stopnji neplodnosti. Zdravstveni strokovnjaki morajo zato proaktivno delovati in svetovati o dejavnih tveganja, ki vplivajo na reprodukcijo. Za to potrebujejo večšine svetovanja in na dokazih temelječe informacije. Namen raziskave je bil oceniti znanje zdravstvenih strokovnjakov pred in po izobraževalni intervenciji na temo ohranjanja reproduktivne sposobnosti.

**Metode:** Izvedena je bila presečna raziskava, v kateri smo uporabili enak vprašalnik za oceno stanja pred in po izobraževalni intervenciji. Raziskovalni instrument je bil razvit na podlagi pregleda literature o dejavnih tveganja za plodnost. Izobraževalna intervencija je potekala v obliki konference. Udeležencem (babe, medicinske sestre, študenti zdravstvenih ved) je bila zagotovljena zaupnost. Sodelovanje je bilo prostovoljno. V analizi smo izračunali osnovno deskriptivno statistiko, razlike v znanju pred in po izobraževalni intervenciji pa so bile ugotovljene z Wilcoxonovim testom.

**Rezultati:** Na splošno se je znanje udeležencev izobraževalne intervencije o dejavnih tveganja za plodnost po izvedenem dogodku izboljšalo. V kategoriji »Starost« in »Nevarnosti okolja« so bile razlike statistično značilne. V kategoriji »Obstoječa zdravstvena stanja« in »Dejavniki življenjskega stila« pa so udeleženci že pred samo izobraževalno intervencijo razpolagali z obsežnim znanjem.

**Diskusija in zaključek:** Zdravstveni strokovnjaki lahko izboljšajo svoje znanje o predkonceptijskem zdravju z izobraževalno intervencijo. Potrebno bi bilo raziskati, kako dolgo učinki trajajo in ali nadgrajeno znanje pomeni tudi uvajanje sprememb v klinični praksi.

### ABSTRACT

**Introduction:** With couples' increasing postponement of pregnancy to later in life and the associated rising infertility rates, healthcare professionals need to be proactive in counselling on the risk factors affecting reproduction. To do so, they need specific counselling skills and evidence-based information. The aim of this study was to assess and compare participants' knowledge of fertility issues before and after an educational intervention on preconception health care.

**Methods:** A cross-sectional observational study was conducted, using the same questionnaire to assess the pre- and post-intervention status. The questionnaire was developed on the basis of a literature review on infertility risk factors. The survey was conducted in a conference setting. Participation in the survey was voluntary and confidentiality was assured to all participants (midwives, nurses and healthcare students). The differences in participants' pre- and post-intervention knowledge were calculated using the Wilcoxon signed rank test.

**Results:** The results of our study show an improvement in participants' overall knowledge on infertility risk factors. These improvements were statistically significant in the sections of 'Age and Fertility' and 'Environmental Hazards', while in the sections 'Pre-existing Medical Conditions' and 'Lifestyle Factors Affecting Fertility', participants already possessed comprehensive knowledge prior to the educational intervention.

**Discussion and conclusion:** Healthcare professionals can improve their knowledge on preconception health through continuous education. Further studies need to test the long-term effects of different educational approaches.



Received/Prejeto: 21. 11. 2022  
Accepted/Sprejeto: 19. 3. 2023

© 2024 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.



## Introduction

In recent years, increasing attention has been paid to promoting a healthy lifestyle to preserve fertility in the preconception period (The Lancet, 2018). These efforts are based on fertility statistics which clearly show that birth rates in Europe are declining, while the average age of women at childbirth is steadily increasing (Eurostat, 2021) due to postponed pregnancy planning and postponed birth of the first child. However, the physiology of the human body itself can hardly follow this social trend (Pal & Santoro, 2003). It should also be noted that natural fertility is declining and that the reasons for this phenomenon are quite complex and include nutritional, genetic, environmental and other aspects (World Health Organization, 2013).

When it comes to fertility issues, the general population lacks up-to-date and evidence-based knowledge and may be further misled by the current confusing and sometimes controversial data in the media (PreconNet, 2021). Postponing pregnancy is associated with various pregnancy-related complications and can also affect a couple's ability to have children (Schmidt et al., 2012). Conversely, good preconception health benefits the health and wellbeing of both women and men even if they decide not to have children (World Health Organization, 2013).

According to the Lancet Series on Preconception Health (2018), the most effective way to improve preconception health is to target women and couples planning pregnancy, and to promote the health of all women of childbearing age, as well as that of their male partners. It is therefore crucial to take effective measures to sensitise young people to the importance of a healthy lifestyle and to educate them about fertility through educational interventions conducted by healthcare professionals.

Shawe et al. (2015) point out that guidelines and recommendations on preconception care are inconsistent across six European countries and therefore call for action to develop evidence-based guidelines on preconception health. In 2018, a group of European experts launched an international project entitled "*Preconception health of youth, bridging the gap in and through education* (PreconNet)". The aim of this project was to create a learning platform for healthcare professionals who provide care to men and women in the preconception period. Healthcare professionals need to educate this target group on the impact of their lifestyle, age, environmental factors and other aspects affecting their fertility. The fact that we live in a digital age where health information is easily accessible via the internet (Cusack et al., 2018; Fahy et al., 2014) should not be ignored. However, when it comes to preconception health and care, the knowledge of healthcare professionals who disseminate this information to the wider population is often called into question. Healthcare professionals

working with women and men in the preconception period need evidence-based information to provide their clients with relevant advice which will allow them to make informed decisions.

### *Aims and objectives*

Evidence shows that health-related educational interventions can have a positive effect on participants' knowledge (Cusack et al., 2018; Hemsing et al., 2017). The aim of this study was to assess participants' knowledge of fertility issues before and after the educational intervention in order to determine whether the educational intervention improved their knowledge in this field.

## Methods

A quantitative approach was adopted for this study as it objectively and effectively measures explicit knowledge (Ye, 2016). A cross-sectional observational study was conducted. The data were collected using the same questionnaire before and after the educational intervention, which enabled a comparative analysis of the participants' knowledge so as to determine its improvement and possible changes in their opinions.

### *Description of the research instrument*

The research instrument was a questionnaire derived from the questions asked by all lecturers at the conference. The lectures in the educational intervention covered various factors that can pose a risk to fertility and presented evidence-based information on how to preserve fertility. From the content of these lectures, the lecturers derived one or several questions to test participants' knowledge of the various aspects of fertility.

The questionnaire comprised 26 questions—three demographic questions and 23 questions on fertility, with one question asking participants' opinion on the preconception model of care (this question was excluded from the comparative analysis). Of the remaining 22 questions, two were open-ended questions, six asked participants to give their opinion using a five-point Likert-scale, and the rest were closed questions (two with multiple correct answers and 12 with one correct answer). The answers to these questions were marked as correct/incorrect and rewarded with one point if correct (for questions with multiple correct answers, all had to be correct).

The 22 questions were divided into six sections: 'Age and Fertility' (2 questions), 'Environment' (2 questions), 'Infection Risks' (2 questions), 'Lifestyle Factors' (11 questions), 'Pre-existing Medical Conditions' (3 questions), 'Understanding Reproduction' (2 questions). In line with the themes of the PreconNet web platform (PreconNet, 2018), three questions

addressed pre-existing medical conditions and their impact on fertility, two addressed risks of infection, two dealt with the impact of environmental hazards, two tested participants' knowledge of reproductive ability, and two tested their knowledge of the impact of age. Most of the questions (11 in total) dealt with various lifestyle choices and their effects on the ability to conceive.

All questions were reviewed by experts from the PreconNet team to improve content validity. Moreover, ten midwifery students involved in organising the conference tested the questions for clarity. No corrections to the research instrument were required.

### *Description of the sample*

The invitation to the event was emailed to all Slovenian maternity hospitals, community health centres, health faculties and professional associations. No conference fee was charged as the conference was organised as a multiplier event of the PreconNet project and the funding for such events is part of the Erasmus+ programme. A total of 92 participants registered for the conference; however, not all of them attended the event. In total, 69 participants registered at the conference desk on the morning of the event (midwives, nurses and students of health sciences).

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

The research was approved by the institutional review board. The research was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and general ethical standards of research to maintain participants' integrity. Participation was voluntary and conference participants were not required to submit questionnaires if they did not wish to participate in the study. They were assured confidentiality: individuals could not be traced through the questionnaires.

The conference, which was considered as a single educational intervention, was held on 9 May 2019 at the Faculty of Health Sciences in Ljubljana, Slovenia, and was the first multiplier event for the PreconNet Erasmus+ project. At registration, participants received promotional material and a pre-intervention questionnaire. Before the lectures began, the purpose of the survey was explained to them and they were invited to take part in the research. A few minutes of the programme was devoted to completing the questionnaires. The organisers collected the questionnaires, but as participation in the research was voluntary, returning the questionnaire was not obligatory.

The educational event started at 9.00 am and ended at 5.00 pm. It comprised short presentations covering various risk factors affecting fertility. Before the final session, participants received a post-intervention

questionnaire and were asked to submit it to the organisers at the end of the programme.

First, the participants' responses to each of the 22 questions were coded as correct or incorrect. In addition to the total score, partial scores were computed for each of the six questionnaire sections. The Wilcoxon signed rank test was used to compare the pre- and post-intervention responses.

## **Results**

A total of 69 participants were present at the conference, however only those who completed and submitted both questionnaires (pre- and post-intervention) were included in the analysis ( $n = 38$ ). All respondents were female. Seven of them were midwives, four were nurses and 16 were students of different health professions; 11 did not provide information on their professional background. The groups were too small to analyse the differences in responses by professional field, and we therefore only report on the general responses.

The results of the respondents who took part in the study are summarised in Table 1; the questions are divided into individual sections, as mentioned in the Methods section. The improvements in their answers after the educational intervention are marked in bold. For the majority of items, there was a clear improvement in the number of correct answers.

Table 2 shows the median values, 1<sup>st</sup> and 3<sup>rd</sup> quartile ( $Q_1$  and  $Q_3$  respectively), of the questionnaire results in the pre-/post-intervention, as well as the Wilcoxon signed rank test results. The overall score improved significantly ( $p < 0.001$ ), as the median values in the post-intervention phase increased by two points compared to the pre-intervention phase. Furthermore, both quartiles increased as well:  $Q_1$  by four points and  $Q_3$  by three points. The results show significant improvement in four sections: 'Age and Fertility', 'Environment', 'Lifestyle Factors' and 'Pre-existing Medical Conditions'. On the other hand, there were no significant differences between the pre- and post-intervention scores for the sections 'Infection Risks' and 'Understanding Reproduction'.

## **Discussion**

The study explored the changes in participants' knowledge on fertility after taking part in an educational intervention on preconception health. There is sufficient evidence to conclude that the educational intervention on preconception health helped increase participants' knowledge of the factors influencing preconception health. As demonstrated by Goossens et al. (2018), the involvement of well-educated healthcare professionals is one of the most important factors for the provision of high-quality preconception care, whereas the lack of knowledge

and unfamiliarity with preconception care are the barriers to the provision of quality preconception care.

Given the duration and intensity at which the content was delivered (one full-day programme), the results of the pre- and post-intervention test

showed significant improvements in participants' knowledge in four out of six thematic sections. The educational intervention demonstrated its efficacy in the knowledge transfer in the following sections: 'Age and Fertility', 'Environment', 'Lifestyle Factors'

**Table 1:** Percentage of correct and incorrect responses before and after the educational intervention by section  
**Tabela 1:** Deleží pravilnih in nepravilnih odgovorov pred in po edukativni intervenciji – predstavljeni po segmentih

Section/Sklop	Pre-intervention/Pred intervencijo		Post-intervention/Po intervenciji	
	Correct/ Pravilni (%)	Incorrect/ Nepravilni (%)	Correct/ Pravilni (%)	Incorrect/ Nepravilni (%)
<b>Age and fertility</b>				
Can infertility treatments be effective for age-related infertility?	18.4	81.6	81.5	18.5
At what age does female fertility begin to decline?	77.1	22.9	88.9	11.1
At what age does male fertility begin to decline?	45.7	54.3	81.5	18.5
<b>Environment</b>				
Are endocrine disruptors always caused by humans?	81.6	18.4	88.5	11.5
Do BPS and BPF have endocrine disrupting effects?	7.9	92.1	85.2	14.8
<b>Infection risks</b>				
Who can benefit from preconception vaccination?	80.0	20.0	37.0	63.0
Which sexually transmitted infections are the main cause of reduced fertility in women?	58.3	41.7	92.6	7.4
<b>Lifestyle factors</b>				
What are the international recommendations for physical activity?	89.5	10.5	92.6	7.4
Is sperm quality / sperm count in men associated with the intensity of physical activity?	94.7	5.3	100	0
Can sleep increase reproductive capacity?	92.1	7.9	100	0
What is the effect of smoking on fertility?	2.6	97.4	29.6	70.4
Does maternal and paternal obesity cause problems in their offspring?	91.7	8.3	96.3	3.7
Is malnutrition detrimental to male fertility?	5.3	94.7	100	0
Do overweight or obese men have poorer sperm quality?	77.6	22.2	96.2	3.8
Do obese women struggle with hormonal imbalance?	94.7	5.3	100	0
How many European women have a normal pre-pregnancy body mass index?	30.6	69.4	38.5	61.5
Does an increased body mass index affect a woman's ability to conceive?	84.4	5.6	96.2	3.8
Does long-term use of hormonal contraceptives cause infertility in women?	32.4	67.6	30.8	69.2
<b>Pre-existing medical conditions</b>				
Can over-the-counter painkillers affect fertility?	64.9	35.1	100	0
Can taking high doses of ibuprofen for months at a time cause infertility and other health problems in males?	75.7	24.3	96.3	3.7
Can anabolic steroid use cause structural and genetic sperm damage?	89.2	10.8	100	0
<b>Understanding reproduction</b>				
Is a regular menstrual cycle a sign of fertility?	78.4	21.6	96.2	3.8
Is our phenotype representative of the genome that we received from our parents at conception?	29.7	70.3	11.5	88.5

Legend/Legenda: % – percentage/odstotek

**Table 2:** Results of the questionnaire in the pre-/post-intervention phase**Tabela 2:** Rezultati vprašalnika pred in po izobraževalni intervenciji

Section/Sklop	Max. score	Phase/Faza		Wilcoxon signed rank test	
		Pre-intervention/ Pred intervencijo	Post-intervention/ Po intervenciji	Z	p
		Me (Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )	Me (Q <sub>1</sub> -Q <sub>3</sub> )		
Age and Fertility	3	1 (1-2)	3 (2-3)	-3.685	<0.001
Environment	2	1 (1-1)	2 (2-2)	-4.104	<0.001
Infection Risks	2	2 (1-2)	1 (1-2)	0	1
Lifestyle Factors	11	7 (7-8)	8 (7-9)	-1.969	0.049
Pre-existing Medical Conditions	3	3 (2-3)	3 (3-3)	-3.140	0.002
Understanding Reproduction	2	1 (1-1)	1 (1-1)	-0.632	0.527
Overall score	23	15 (13-16)	17 (17-19)	-3.751	<0.001

Legend/Legenda: Me–Median value/mediana; Q1–1st quartile/prvi kvartil; Q3–3rd quartile/tretji kvartil

and 'Pre-existing Medical Conditions'. No statistically significant differences were observed in the following sections: 'Infection Risks' and 'Understanding Reproduction'. While our study did not measure any long-term effects, previous studies have shown that education improves knowledge and raises fertility awareness both in the short term and as long as two years after the intervention (Maeda et al., 2020).

The content of our educational intervention went beyond the mere clinical knowledge and individual behaviour and also tested the social and environmental factors influencing preconception health (we tested these factors in the 'Environment' and 'Lifestyle Factors' sections). In this context, the integration of a life-course approach to preconception health (and consequently preconception care) has been called for, as such an approach recognises health as a life-long continuum from birth to delivery and shows that one's reproductive health is determined by an accumulation of physical risks and social health determinants over the course of one's lifetime (Hemasing et al., 2017). It is of particular importance that knowledge about health disparities and health inequalities related to social determinants of health is shared by a group of healthcare professionals, as they are in a position to understand and prevent health disparities where people work and live, and not just within the health system. For example, in a low-income population, unhealthy diets and abnormal BMI are more prevalent, which also has an impact on reproduction. When counselling on healthy nutrition and physical activity, healthcare professionals need to also consider reproductive risks.

The present study has certain limitations. First, as this was a one-day conference, the intensity of the educational intervention may have influenced the knowledge transfer and uptake. Second, participants were given a book of abstracts (conference proceedings) before the conference began, but were instructed not to read the material during the pre- and post-intervention survey. Third, the questions in the survey were presented in English, which may have

made comprehension more difficult for those whose English language skills were not very good. Moreover, all lectures were delivered in English and the lecturers were not native English speakers, so understanding the topics may have influenced participants' post-intervention responses. To mitigate the negative effects of the language barrier, participants were given the opportunity to ask for assistance, but they did not take up this offer. The survey assessed the change in participants' knowledge immediately after the end of the intervention, and no further longitudinal and long-term follow-up was conducted.

Educational interventions are widely recognised as interventions that influence people's knowledge and skills, at least in the short term (Cusak et al., 2018). At the provider level, educational interventions should be part of lifelong learning and professional development, and should be tailored to the needs of professionals. To achieve the desired results, educational interventions (face-to-face, online, etc.) need to be well structured, based on a systemic (rather than randomised) approach, and tailored to the needs of participants (in our case, healthcare professionals). In this regard, further research is needed to investigate the barriers and factors that motivate healthcare professionals to engage in educational interventions. A long-term follow-up study is needed to evaluate the impact of knowledge transfer as well as knowledge transfer in individual groups of healthcare professionals.

## Conclusion

Preconception health needs to be addressed more rigorously, and in this endeavour, healthcare professionals are the key experts who can raise fertility awareness among their clients. However, it must first be ensured that they possess adequate evidence-based information, otherwise they need to be educated and trained. The results of our study provide clear evidence that such training can contribute significantly to improving knowledge in this field. However, whether the effects of such interventions have a

long-term impact on the participants and whether the information changes their professional practice remains to be investigated.

## Acknowledgements/Zahvala

We would like to thank Jouni Tuomi, the project coordinator for giving us the opportunity to participate in this project. We are also thankful to all the lecturers who helped us to create the research instrument./Zahvaljujemo se Jouniju Toumiju, vodji projekta, ki nam je omogočil sodelovanje v tem projektu. Zahvaljujemo se tudi vsem predavateljem, ki so nam pomagali pri zasnovi raziskovalnega instrumenta.

## Conflict of interest/Nasprotje interesov

The authors declare that no known conflict of interest exists associated with this publication./Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov.

## Funding/Financiranje

Raziskava je nastala v sklopu Erasmus+ projekta PreconNet (<https://preco.tamk.fi/>; grant number 2018-1-FI01-KA203-047245). Vir financiranja ni imel vloge pri oblikovanju raziskave, zbiranju, analizi in interpretaciji podatkov, pisanju rokopisa ali pri odločitvi za oddajo rokopisa v objavo./The research was supported by the Erasmus+ Programme of the European Union "Preconception health of youth, bridging the gap in and through education–PreconNet" (<https://preco.tamk.fi/>; grant number 2018-1-FI01-KA203-047245). The funding source had no role in the design of the study, the collection, analysis and interpretation of data, the writing of the manuscript, or in the decision to submit the manuscript for publication.

## Ethical approval/Etika raziskovanja

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

## Author contributions/Prispevek avtorjev

Mirko Prosen was involved in the elaboration of the theoretical background and the interpretation of the results. Patrik Pucer and Boštjan Žvanut designed the study methodology, conducted the statistical analysis, and presented its results. Petra Petročnik and Ana Polona Mivšek collaborated on the drafting of the theoretical background, developed the research instrument, conducted the study and interpreted

the results./Mirko Prosen je sodeloval v pripravi »Teoretičnih izhodišč« in pri interpretaciji rezultatov. Avtorja Patrik Pucer in Boštjan Žvanut sta sodelovala pri oblikovanju metodologije ter statistični analizi ter predstavitvi rezultatov. Petra Petročnik in Ana Polona Mivšek sta sodelovali pri oblikovanju teoretičnih izhodišč, raziskovalnega instrumenta, izvedli raziskavo ter interpretaciji rezultatov. Vsi avtorji so prebrali in se strinjajo s končnim izdelkom.

## Literature

Barker, M., Dombrowski, S. U., Colbourn, T., Fall, C. H. D., Kriznik, N. M., Lawrence, W. T., & Stephenson, J. (2018). Intervention strategies to improve nutrition and health behaviours before conception. *The Lancet*, 391(10132), 1853–1864.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30313-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30313-1)  
PMid:29673875

Cusack, L., Del Mar, C. B., Chalmers, I., Gibson, E., & Hoffmann, T. C. (2018). Educational interventions to improve people's understanding of key concepts in assessing the effects of health interventions: A systematic review. *Systematic Reviews*, 7(1), Article 68. <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0719-4>  
PMid:29716639; PMCID:PMC5930693

Eurostat. (2021). *Fertility statistics*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Fertility_statistics)

Fahy, E., Hardikar, R., Fox, A., & Mackay, S. (2014). Quality of patient health information on the Internet: Reviewing a complex and evolving landscape. *The Australasian Medical Journal*, 7(1), 24–28.

<https://doi.org/10.4066/AMJ.2014.1900>  
PMid:24567763; PMCID:PMC3920473

Goossens, J., De Roose, M., Van Hecke, A., Goemaes, R., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2018). Barriers and facilitators to the provision of preconception care by health care providers: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 113–130.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.009>  
PMid:30096578

Hemings, N., Greaves, L., & Poole, N. (2017). Preconception health care interventions: A scoping review. *Sexual & Reproductive Health Care*, 14, 24–32.

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.08.004>  
PMid:29195631

Maeda, E., Miyata, A., Boivin, J., Nomura, K., Kumazawa, Y., Shirasawa, H., & Terada, Y. (2020). Promoting fertility awareness and preconception health using a chatbot: A randomized controlled trial. *Reproductive BioMedicine Online*, 41(6), 1133–1143.

<https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2020.09.006>  
PMid:33039321

- Mivšek, A. P., & Petročnik, P. (Eds.). (2019). *Issues on preconception health care: International scientific conference*, 9-10 May 2019. Faculty of Health Sciences.
- Pal, L., & Santoro, N. (2003). Age-related decline in fertility. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 32(3), 669–688.  
[https://doi.org/10.1016/s0889-8529\(03\)00046-x](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(03)00046-x)  
PMid:14560893
- PreconNet. (2021). *About the project*.  
<https://preco.tamk.fi/about-the-project/>
- Schmidt, L., Sobotka, T., Bentzen, J. G., & Nyboe Andersen, A. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, 18(1), 29–43.  
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmr040>  
PMid:21989171
- Shawe, J., Delbaere, I., Ekstrand, M., Hegaard, H. K., Larsson, M., Mastroiacovo, P., & Tydén, T. (2015). Preconception care policy, guidelines, recommendations and services across six European countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(2), 77–87.  
<https://doi.org/10.3109/13625187.2014.990088>  
PMid:25548961
- The Lancet. (2018). *Preconception health: Series from the Lancet journals*.  
<https://www.thelancet.com/series/preconception-health>
- Whitworth, M., & Dowswell, T. (2009). Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), Article CD007536.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007536.pub2>  
PMid:19821424; PMCID:PMC4164828
- World Health Organization. (2013). *Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health*. [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/preconception\\_care\\_policy\\_brief.pdf](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf)
- Ye, F. Y. (2016). Measuring knowledge: A quantitative approach to knowledge theory. *International Journal of Data Science and Analysis*, 2(2), 32–36.  
<https://doi.org/10.11648/j.ijdsa.20160202.13>

---

Cite as/Citirajte kot:

Petročnik, P., Prosen, M., Žvanut, B., Pucer, P., & Mivšek, A. P. (2024). The impact of an educational intervention on fertility awareness of healthcare professionals: A cross sectional study. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(3), 168–174. <https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.3.3092>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Medkulturna kompetentnost v pediatrični onkološki zdravstveni negi: deskriptivno-interpretativna raziskava

### Cultural competency in paediatric oncology nursing: A descriptive interpretative study

Nataša Čulibrk<sup>1,\*</sup>, Tina Ferfolja, Marina Lukič<sup>1</sup>, Sabina Ličen<sup>2</sup>, Maja Čemažar<sup>2,3</sup>, Mirko Prosen<sup>2</sup>

#### Ključne besede:

medkulturnost; onkologija; zdravstvena nega; otrok; kulturne kompetence

**Key words:** multiculturalism; pediatric; nursing; oncology; cultural competence

<sup>1</sup> Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Bohoričeva ulica 20, 1000 Ljubljana, Slovenija

<sup>2</sup> Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

<sup>3</sup> Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za eksperimentalno onkologijo, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

\* Korespondenčni avtor/  
Corresponding author:  
natasa.culibrk@kclj.si

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Medicinske sestre v pediatrični onkološki zdravstveni negi se srečujejo s pacienti in njihovimi družinami iz različnih kulturnih okolij. Namen raziskave je bil preučiti ključne elemente medkulturne zdravstvene oskrbe, ki jih prepoznajo medicinske sestre v pediatrični onkologiji, ter izzive, s katerimi se srečujejo v praksi.

**Metode:** Raziskava temelji na kvalitativnem deskriptivno-interpretativnem pristopu. Podatki so bili pridobljeni z individualnimi, delno strukturiranimi intervjuji na namenskem vzorcu sedmih medicinskih sester z izkušnjami na področju pediatrične onkološke zdravstvene nege. Podatki so bili analizirani s pomočjo metode analize vsebine.

**Rezultati:** Identificirali smo tri teme: (1) značilnosti medosebnih odnosov in medkulturno komunikacijo, (2) spregledane vidike medkulturne zdravstvene nege in (3) zaznavanje lastne medkulturne prakse. Zaposleni v onkološki pediatrični zdravstveni negi so medosebne odnose in medkulturno prakso označili kot zelo pomembno za razumevanje težav in zagotavljanje potreb onkoloških pacientov, zato je zelo pomembno začetno spoznavanje in vzpostavitev dobrega medsebojnega sodelovalnega odnosa, ki temelji na odprti komunikaciji, prilagodljivosti in spoštovanju kulturnih razlik. Sodelujoči opažajo, da na zdravje vplivajo medkulturne razlike in predvsem osebna prepričanja pacientov.

**Diskusija in zaključek:** Ugotovitve kažejo, da na pediatričnem onkološkem oddelku poznajo pomen dobrega medosebnega odnosa med zaposlenimi v pediatrični zdravstveni negi, otroki in njihovim starši ter upoštevajo njihove potrebe glede kulturno pogojenih vzorcev vedenja, na primer glede prehranjevanja in lajšanja bolečine. Prav tako pa se kaže potreba po dodatnem izobraževanju zaposlenih.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Nurses in pediatric oncology communicate with patients, and their families, from very diverse cultural backgrounds. The aim of this study was to identify the elements of intercultural healthcare that nurses in pediatric oncology consider crucial, and the challenges they face in clinical practice.

**Methods:** The study employed a qualitative descriptive-interpretive approach. Data were obtained through semi-structured interviews with a purposive sample of seven nurses with experience in paediatric oncology nursing. The data obtained were analysed using content analysis.

**Results:** Three themes were identified: (1) characteristics of interpersonal relationships in paediatric oncology nursing, (2) overlooked aspects of paediatric oncology nursing, and (3) perceptions of own intercultural practice. Paediatric oncology nurses identified interpersonal relationships and intercultural practice as very important for understanding the problems faced by oncology patients and for meeting patients' needs. It is therefore very important that the patient and the nurse get to know each other at their first meeting and establish a good working relationship. Participants also noted that health is influenced by intercultural differences and especially by patients' personal beliefs.

**Discussion and conclusion:** The results of this study suggest that nurses working on the pediatric oncology ward recognise the importance of a good interpersonal relationship between the pediatric nurse, the child, and the child's parents, and the significance of being responsive to their needs in terms of culturally determined behaviours, for example, in relation to eating or pain relief. Furthermore, nurses also recognise the need for additional staff training.



Prejeto/Received: 6. 5. 2023  
Sprejeto/Accepted: 22. 8. 2024

© 2024 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

## Uvod

Medicinske sestre v onkologiji imajo pomembno vlogo pri oskrbi pacientov s hudimi, življenje ogrožajočimi boleznimi. Njihovo delo je vključeno v vse faze zdravljenja, v kar štejemo postavitev diagnoze, proces zdravljenja in včasih tudi konec oziroma smrt otroka (Günüşen et al., 2017). Ob postavitvi diagnoze rak postane grožnja otrokovemu življenju, saj povzroča otroku in njegovi družini veliko stisko in izzive, zato je lahko ogrožena tudi varnost družine (Mackay & Gregory, 2011).

Na pediatričnih oddelkih je poudarjena kulturna občutljivost z namenom zagotavljanja oskrbe, ki je usmerjena in prilagojena glede na specifične kulturne potrebe vsake družine. Otroci in njihove družine postanejo središče pediatrične onkološke zdravstvene nege (Aghajari et al., 2019), zato je zelo pomembno, da medicinske sestre v oskrbo vključijo celotno družino in pri tem upoštevajo tudi njihovo kulturno ozadje. Živimo namreč v vse bolj kulturno raznoliki družbi. Naraščajoča kulturna raznolikost nedvomno vpliva na zdravstveni sistem, ki se mora tem izzivom prilagoditi, da lahko zagotavlja kakovostno in varno obravnavo za ljudi različnih kultur (Breznik et al., 2019).

V Sloveniji smo si morda predolgo zatiskali oči pred pomenom in vlogo kulture v zdravstvu, čeprav je bila ta vedno del našega vsakdanjega dela, še vedno pa ostaja vprašanje, če se je v celoti zavedamo (Prosen, 2018). V zdravstvu smo vrsto let kulturo pogosto pojmovali kot nekaj, kar je omejeno na etičnost in raso (Butler et al., 2016), a danes prevladuje mnogo širše razumevanje kulture in kulturne raznolikosti (Jongen et al., 2017). Čeprav smo zdravstveni delavci etično in zakonsko zavezani k spoštovanju vseh ljudi in enaki obravnavi, Keršič Svetel et al. (2016) ugotavljajo, da je danes kompleksnost družbe in s tem kompleksnost kultur ter prepričanj tako zahtevna, da samo zavezanost zakonodaji in etiki ni dovolj, temveč za pridobitev kulturnih kompetenc na tem področju potrebujemo še veliko znanja. Medicinska sestra se mora v celoti zavedati svoje lastne kulture, da lahko prepozna in razume kulturne značilnosti drugih, kar je eno izmed osnovnih načel kulturne kompetentnosti (Komidar, 2019).

Poudarek na prehrani, običajih in tradicijah v pediatrični onkološki oskrbi spodbuja kulturno občutljivost. Hkrati pa medicinski sestri, ki je opremljena z znanjem o kulturi, omogoča pridobivanje informacij o normah, vrednotah in odnosih različnih etničnih skupin (Aghajari et al., 2019). Kulturna občutljivost pomeni zavedanje razlik in tudi podobnosti, ki so prisotne v različnih kulturah, pri čemer teh razlik ni treba dihotomizirati kot »dobre ali slabe« in »pravilne ali napačne«. Zagotavljanje kulturno občutljive oskrbe pacientov iz različnih kultur in etničnih skupin je temeljnega pomena, saj je takšna oskrba najboljši pristop za

povečanje zadovoljstva pacientov in družin ter njihove pripadnosti zdravljenju (Aghajari et al., 2019). Zamisel o kulturni usposobljenosti je za zdravstvene delavce že dolgo pomembna, saj je splošno sprejeto, da morajo izvajalci zdravstvenih storitev zagotavljati kulturno kompetentno oskrbo, kar pomeni, da morajo razumeti pomen družbenih in kulturnih vplivov na zdravje pacientov, njihova prepričanja in vedenje (Poillucci & Page, 2019).

Kolar et al. (2019) navajajo, da je za zdravstvene delavce medkulturna zdravstvena nega ključnega pomena zaradi vse večje kulturne raznolikosti družbe in uporabnikov zdravstvenih storitev. Izvajanje kulturno kompetentne oskrbe pomeni celostno, k pacientu usmerjeno oskrbo, ki se mora izvajati v vseh okoljih. Slednje je še toliko bolj specifično na področju pediatrične onkološke zdravstvene nege, saj se medicinske sestre soočajo še z drugimi izzivi negovanja mladih pacientov.

## Namen in cilji

Namen raziskave je bil preučiti vidike medkulturne zdravstvene oskrbe na področju onkološke pediatrične zdravstvene nege, kjer je zaradi narave dela in posebnosti populacijske skupine pacientov doveznost za zagotavljanje celostne zdravstvene oskrbe toliko bolj v ospredju. Cilj raziskave je bil podrobno raziskati dožemanje in zaznavanje medkulturne zdravstvene nege med medicinskimi sestrami na področju pediatrične onkologije ter prepoznati potrebe in izzive pri nudenju zdravstvene nege na tem področju.

V raziskavi smo si zastavili raziskovalno vprašanje: Kako medicinske sestre na področju onkološke pediatrične zdravstvene nege doživljajo in izkusijo medkulturnost pri nudenju zdravstvene nege ter izzive, ki jih ta prinaša?

## Metode

Uporabljena je bila kvalitativna raziskovalna paradigma, v okviru katere smo izbrali deskriptivno-interpretativni pristop. Slednji omogoča izčrpen povzetek vsakdanjih dogodkov in s tem tudi natančnost pri raziskavi (Polit & Beck, 2014), saj je bil naš namen preučiti pogled medicinskih sester na kulturno kompetentnost na področju pediatrične onkološke zdravstvene nege ter ugotoviti, s katerimi izzivi se v zvezi s tem soočajo v praksi. Zaradi narave preučevanega fenomena je bila izbrana interpretativna opisna metoda, ki temelji na premisi razumevanja človekovega doživljanja kot kompleksne interakcije med psihosocialnimi in biološkimi dejavniki. Znanje ustvarja s pomočjo odkrivanja ponavljajočih se vzorcev ali skupnih realnosti, ga združuje v teme in vzorce, ki obdajajo subjektivno perspektivo, pri čemer upošteva tudi razlike med posamezniki (Thompson Burdine et al., 2020).



## Opis instrumenta

Podatke smo pridobili z individualnim delno strukturiranim intervjujem. Dobro zasnovan delno strukturiran intervju mora zagotoviti zajem podatkov na ključnih področjih, hkrati pa udeležencem omogočiti prožnost, da v razpravo vnesejo svojo osebnost in svoj pogled (Noble & Heale, 2019). Vprašanja so odprtega tipa, lahko sledijo določenemu predhodnemu okviru in razporedu ali pa so popolnoma prosta. S tem lahko dobro preiščemo novo področje raziskovanja, saj lahko odkrijemo, kje so problemi, kako ljudje gledajo nanje, kako se o njih pogovarjajo. Tak intervju je fleksibilnejši, z njim se bolj približamo afektivni in vrednostni ravni, odgovori so bolj spontani, konkretni, povedni in osebni (Kordeš & Smrdu, 2015).

Vnaprej smo pripravili vprašanja, razvita na podlagi pregleda literature ter ciljev raziskave. Primeri vprašanj: Opišite svoje dosedanje izkušnje pri delu z onkološkimi bolniki iz različnih kulturnih okolij? Ali menite, da so potrebe onkoloških bolnikov, ki prihajajo iz drugih kulturnih okolij, v zdravstvu slišane in izpolnjene? Ali imajo onkološki bolniki in njihovi starši posebne potrebe pri prehranjevanju in pitju? Kakšne potrebe imajo onkološki bolniki in starši pri zagotavljanju verske in duhovne oskrbe v bolnišnici? Kakšen odnos imajo onkološki bolniki in njihovi starši do bolečine in umiranja?

## Opis vzorca

Namenski vzorec je vključeval sedem oseb. Vključitveni kriterij za sodelovanje v raziskavi je zaposlitev na področju onkološke pediatrične zdravstvene nege ter delo z različnimi kulturami. Vzorec je vseboval dva moška in pet žensk, starih od 25 do 41 let. Povprečna starost vzorca je bila 33,6 leta. Vzorec je vključeval pet diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov, magistra zdravstvene nege in tehnika zdravstvene nege. Samo ena oseba se je predhodno udeležila izobraževanja o medkulturnosti v zdravstveni negi.

Pri vzorčenju smo sledili načelu informacijske moči, ki se je kazala že pri šestem intervjuju. Koncept informacijske moči v kvalitativnem raziskovanju poudarja, da več informacij v vzorcu omogoča manjše število udeležencev v raziskavi. Ta moč je odvisna od cilja raziskave, specifičnosti vzorca, uporabe teorije, kakovosti dialoga in strategije analize. Raziskovalcem omogoča oceniti potrebno število udeležencev za odgovorno analizo, pri čemer je med raziskovalnim procesom to oceno mogoče prilagajati. Informacijska moč je danes prepoznana kot ključni koncept pri načrtovanju kvalitativnih raziskav, določanju optimalne velikosti vzorca in izvajanju kakovostne analize (Malterud et al., 2016).

## Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Delno strukturirane intervjuje smo izvedli v novembru in decembru 2022, vsak pa je trajal približno pol ure. Intervjuji so potekali v mirnem prostoru, ki je zagotavljal dobre pogoje za sproščen pogovor. Zapiske opažanj smo pisali takoj po vsakem intervjuju. Določeni podatki so bili analizirani med intervjujem, vprašanja v nadaljnjih intervjujih pa so bila nato spremenjena, da bi še bolj izpopolnili in razvili nastajajoče kategorije.

Potencialno sodelujoče smo pridobili s pomočjo osebnih poznanstev in metode snežne kepe. Sodelujoči so bili osebno povabljeni k sodelovanju v raziskavi. Pri tem smo jim razložili namen in cilj raziskave ter jih povabili k prenosu informacije med znanca, ki bi prav tako želeli sodelovati. Glede na njihovo razpoložljivost smo se individualno dogovorili za datum in uro intervjuja. Zaradi upoštevanja etičnosti raziskave so sodelujoči podpisali t. i. informirano soglasje, ki jih je ponovno seznanilo z namenom raziskave, potekom, tveganji, koristmi, predvidenim trajanjem intervjuja, zaupnostjo podatkov in prostovoljnim sodelovanjem. Posebej je bilo poudarjeno, da lahko kadarkoli med intervjujem prekinemo sodelovanje ali ne odgovorijo na vprašanje. Z informiranim soglasjem so udeleženi pisno privolili tudi v snemanje intervjuja za lažjo obdelavo podatkov. Intervjuji so potekali individualno. Vsak od udeležencev je dobil 10 vprašanj in podvprašanj, na katera je odgovarjal opisno. Podatke, ki so bili pridobljeni z anketiranjem, smo posneli in nato citirali v raziskavi. Zaradi zagotavljanja varovanja podatkov in anonimnosti smo udeležence poimenovali s črkami.

Pridobljene podatke smo analizirali po korakih Elliott & Timulak (2005): (1) transkripte smo večkrat prebrali, da smo lahko dobili celotno sliko; (2) med začetnim branjem in po njem smo pričeli urejati podatke, pri čemer smo izpustili odvečno vsebino in ponavljanja; (3) besedilo smo v naslednji fazi fragmentirali na značilne pomenske enote in bili pri tem bili pozorni na posredovanje ustreznega števila informacij; (4) vsako pomensko enoto smo nato poimenovali – kodirali; (5) v naslednjem koraku smo iskali podobnosti med kodami in posamezne kode združevali v večje skupine – podteme; (6) oblikovanje kategorij smo končali z razvrščanjem, ki opisujejo celoten pojav zbranih podatkov; (7) v končni fazi smo definirane skupine oziroma podteme združili v večje teme.

V besedilu smo izmenično uporabljali izraza »onkološki bolnik« in »pacient«. Z izrazom »onkološki bolnik« smo želeli izpostaviti specifično naravo določene perspektive ali koncepta, medtem ko izraz »pacient« ponuja širši pogled na obravnavano tematiko. Intervjuvanci so največkrat govorili o otrocih in ne pacientih ali bolnikih, kar smo poskušali v največji možni meri ohraniti tudi v zapisu.

V raziskavi smo uporabili metodo triangulacije, ki vključuje več raziskovalcev. Pri triangulaciji

raziskovalcev je v postopek zbiranja, analiziranja in/ali razlage podatkov vključen več kot en raziskovalec/ocenjevalec, da bi ocenili, v kolikšni meri so raziskovalci prišli do podobnih zaključkov (Noble & Heale, 2019). Analizo sta prva in druga avtorica izvedli vsaka zase in se v končni fazi z zadnjim avtorjem uskladili glede končnega koncepta.

## Rezultati

Z metodo analize besedila intervjujev smo določili tri teme, ki pojasnjujejo medkulturne (1) značilnosti medosebnih odnosov v pediatrični onkološki zdravstveni negi, (2) spregledane vidike pediatrične onkološke zdravstvene nege skozi prizmo medkulturnosti, (3) zaznavanje lastne medkulturne prakse (Tabela 1).

### Značilnosti medosebnih odnosov in medkulturna komunikacija

Zaposleni na otroškem onkološkem oddelku se pri svojem delu velikokrat srečujejo s pacienti, ki izhajajo iz različnih kultur. Sodelujoči poudarjajo, da je v procesu zdravljenja ključnega pomena medosebno sodelovanje med zdravstvenim osebjem, otroki in starši. Otroci in njihovi starši, ki prihajajo iz drugih kulturnih okolij, so ob hospitalizaciji težko znajdejo, saj so prestrašeni in potrebujejo več časa, da dojamajo trenutno zdravstveno stanje. Zato sta pomembna začetno spoznavanje in vzpostavitev dobrega sodelovalnega odnosa že ob hospitalizaciji. Tako se otroci in njihovi starši počutijo sprejete na oddelku in lažje komunicirajo. Zdravstveni delavci vložijo veliko truda v prilagajanje, poslušanje ter upoštevanje njihovih želja in potreb.

*Na našem oddelku družino dobro spoznamo in se po zmožnostih prilagajamo, da se počutijo čim bolj domače. Poslušamo njihove potrebe ter jih skušamo tudi izpolniti. Prav tako je večina bolnikov zelo hvaležnih in razumevajočih in cenijo naš trud. (A)*

Predvsem starši ob hospitalizaciji doživljajo veliko stisko, čemur se zdravstveni delavci primerno prilagajajo. Pri komuniciranju je potrebno kaj večkrat ponoviti ali ponovno razložiti navodila, da bi se izognili šumu v komunikaciji ali celo konfliktom. Sodelujoči

opažajo, da so starši pred otrokom navidezno močni ter negativnih čustev pred njimi ne izražajo. Ko pa so sami ali s partnerjem, pokažejo svoja prava čustva, večkrat tudi jokajo. Zdravstvenim delavcem se tudi zaupajo in si želijo pogovora z njimi. Sodelujoči opažajo, da je poznavanje jezika pacienta in družine ključnega pomena pri vzpostavljanju interakcije ter razumevanju njihovih vrednot in prepričanj.

*V določeni meri kulturne razlike vplivajo na zdravje z vidika, da imajo različne kulture različen življenjski slog. Ostajajo pa še vedno bolezni, na katere sami z življenjskim slogom nimamo vpliva in tako tudi kulturne razlike nimajo vpliva. (A)*

*Na zdravje ne vpliva samo kultura, ampak predvsem osebna prepričanja. (C)*

*Vsaka kultura oziroma oseba ima neka svoja pravila, omejitve ali drugačno razmišljanje. /.../ Vse to lahko privede do različnega ovrednotenja pojma zdravja, pa naj bo to dobro ali slabo. (B)*

*Mislím, da otroci iz drugih kulturnih okolij v našem okolju niso bolj bolni kot npr. ostali otroci iz Slovenije. /.../ To je odvisno od človeka samega ne glede na to, iz katere kulture prihaja. (F)*

Tudi v zdravstvenem timu je prisotna medkulturnost, vendar ta ne vpliva na proces zdravljenja. Vsi zaposleni namreč stremijo k istemu cilju ter delujejo skladno v korist in zadovoljstvo onkoloških bolnikov. Na prisotnost medkulturnosti v timu gledajo s pozitivnega vidika, saj so prepričani, da jo lahko pri odnosu s pacienti dobro izkoristijo. Poudarjajo, da jim koristi pri razumevanju in zdravstveni obravnavi pacientov iz drugih kultur. Med drugim pa prispeva tudi k izboljšanju delovne klime med zaposlenimi.

*Naš tim je sestavljen iz različnih kultur, ampak mislim, da je to zelo dobro in koristno. Nikoli ni bilo nobenih problemov z nestrpnostjo med kulturami, ampak to izboljšuje klimo med zaposlenimi. (C)*

*To nam pride zelo prav, na podlagi različnosti v timu se lahko bolje približamo bolnikom in se znajdemo z njimi. (D)*

### Spregledani vidiki medkulturne zdravstvene nege

Pri pogovoru s sodelujočimi spregovorimo o treh spregledanih vidikih v pediatrični onkološki

**Tabela 1:** Identificirane teme

**Table 1:** Identified themes

Teme/Themes	Podteme/Subthemes
Značilnosti medosebnih odnosov in medkulturna komunikacija.	Osebné izkušnje. Sodelovanje v medosebnih odnosih. Prisotna čustva.
Spregledani vidiki medkulturne zdravstvene nege.	Duhovnost. Bolečina. Prehrana.
Zaznavanje lastne medkulturne prakse.	Dobre medkulturne prakse. Slabe medkulturne prakse.

zdravstveni negi: duhovnosti, bolečini in prehrani. Onkološki bolniki v pediatriji imajo posebno onkološko dieto, ki izključuje nekatera živila, poleg tega pa imajo pacienti iz drugih kulturnih okolij lahko posebne želje oziroma potrebe, ki so v veliki meri upoštevane.

*Muslimani na primer ne jedo svinjine. (E)*

*Veliko potreb imamo pri otrocih, nekateri ne jedo, nekateri ne smejo, nekateri bi, pa ne morejo, ker jim je vedno slabo. Nekaterim tečejo parenteralne, drugi imajo napitke, tretjim ugajamo, da izpolnijo, kaj bi jedli za vse obroke, in se tudi v kuhinji potrudijo, da jim ugodijo. (B)*

Zdravstveni delavci skupaj z dietetikom in starši otroku oblikujejo ustrezen jedilnik glede na njihove želje in potrebe. Poleg tega starše izobražujejo o pomenu dobre prehranjenosti otroka, ki jo dosežejo s pomočjo ustrezne prehranske podpore ob zdravljenju ter po odpustu v domače okolje. Starši informacije dobro sprejemajo. Otrokom je omogočena tudi hrana po želji.

*Starši so glede prehrane precej sprejemljivi za naše informacije, saj starši to resno vzamejo in želijo najboljše otroku. (C)*

*Otrokom je omogočena hrana po želji, ki omogoča, da zaužijejo več kot bi sicer. Kljub temu se jih veliko poslužuje hrane, ki je pripravljena izven bolnišnice s pomočjo dostave. Določeni pa imajo v času intenzivnega zdravljenja težave s prehranjevanjem v bolnišničnem okolju in se običajno normalno prehranjujejo v domačem okolju. (G)*

Prav tako zaznavamo dobro sodelovanje med zdravstvenimi delavci in starši, ko je treba otroku lajšati bolečino. Vsi si namreč prizadevajo, da otrok ne bi trpel in da bi mu olajšali bolečino ali da bi ta celo izzvenela. Vsak posameznik ima drugačen odnos do bolečine in njenega zaznavanja, kar je odvisno tudi od kulturne raznolikosti. Starejši otroci si želijo pogovora o bolečini in smrti, svoje bolečine se zavedajo ter jo sprejmejo. Najtežje je pri najstnikih, saj se zavedajo resnosti bolezni in vedo, da bodo za marsikaj prikrajšani.

*Zelo odvisno od starosti in osebnosti otroka. Najtežje je pri najstnikih, saj vedo, za kaj gre pri bolezni, in vedo, da bodo za marsikaj prikrajšani. Bolečino enako doživljajo zdravi in bolni otroci. Mlajši otroci bolečino doživljajo kot nekakšno kazen. (C)*

Pri starših je včasih mogoče zaznati zanikanje bolezni pri otroku. Nekateri starši se ob pogledu na trpečega otroka intenzivno odzovejo v odnosu do zdravstvenih delavcev.

*Spomnim se enega primera, ko se starši niso strinjali z aplikacijo morfija, saj so to povezovali z umiranjem. Na koncu smo jih uspeli prepričati in so bili olajšani, ko so videli da otroku pomaga. (C)*

S starši se je treba iskreno pogovarjati o diagnozi in zdravstvenem stanju otroka. Tako pridobimo njihovo zaupanje in olajšamo njihovo čustveno

breme. Nekateri starši se z boleznijo in/ali umiranjem otroka skušajo sprijazniti, drugi pa skušajo z uporabo neobičajnih metod preprečiti otrokovo smrt. Staršem je omogočeno, da izpeljejo katerega izmed posebnih protokolov po/ob smrti otroka. Odnos do umiranja je zelo različen, odvisen od njihovega doživetja in zavedanja. Nekaterim omogočijo, da otrok umre doma, drugi pa tega ne zmorejo in si želijo bolnišnične podpore. Tretji si želijo duhovno podporo, kar jim brez težav omogočijo. Ob duhovnih potrebah jim zagotovijo, da so sami v sobi in se v miru lahko sproščajo ali molijo.

*Določeni posamezniki, predvsem starši obolelih otrok, so si med intenzivnim zdravljenjem želeli občasne prisotnosti duhovnika. [...] Nekaj staršev pa je izrazilo željo po bolniškem maziljenju. Tudi to jim je bilo omogočeno. (G)*

### Zaznavanje lastne medkulturne prakse

Iz pogovora izvemo, da sodelovanje med zdravstvenimi delavci in otroki ter starši, ki prihajajo iz drugih kulturnih okolij, poteka brez večjih težav. Največkrat omenjeni težavi s strani sodelujočih sta otežena verbalna komunikacija in stopnja zdravstvene pismenosti pacientov. Zaradi nerazumevanja jezika pride do nejasnosti glede poteka zdravljenja s strani pacienta, hkrati pa je zavrta tudi dejavna vloga pacienta pri zdravljenju. Posledično lahko pride do manj kakovostne zdravstvene nege. Pomembno je, da si tako zdravstveni delavci kot tudi otrok in starši želijo odnosa, ki sprejema drugačnost. Pri razumevanju in komuniciranju s pacienti, ki prihajajo iz drugih kulturnih okolij, si zdravstveni delavci pomagajo na različne načine. V veliko pomoč so jim predvsem tolmači, največkrat pa se poslužujejo spletnih prevajalnikov.

*Največkrat je težava tuj jezik in posledično se bolniku ne moreš približati na osebni ravni, da bi mu zagotovil domačnost in sproščeno komunikacijo ter zaupanje. Problem pri razumevanju pa se pojavi tudi, ko je treba razložiti pomembne informacije o bolezni, zdravljenju ali poteku posegov. Zgodilo se je, da starši niso razumeli anesteziologa, in so bili na preiskavi zavrtni. Na oddelku smo si pri tujem jeziku pomagali z Google prevajalnikom, tudi sami smo naredili prevode najpomembnejših besed, da smo se lahko sporazumevali. (A)*

Sodelujoči povedo, da imajo težave s sodelovanjem z Romi, ki jim je treba jasno postaviti meje. Veliko pa se srečujejo tudi z albansko govorečimi, pri katerih opažajo, da je zaradi njihove zadržanosti težko vzpostaviti sodelovalni odnos.

*Izkušnje imamo predvsem z albanskimi bolniki, ki so zadržani, ni razvidne želje po sodelovanju. Tudi če se jim želimo približati s pogovorom, ostajajo distancirani v svojem krogu, tudi če so dlje časa hospitalizirani. Komuniciramo zgolj najnujnejše o poteku zdravljenja. (D)*

Pri razumevanju drugačnosti kultur ima velik pomen lastna medkulturna kompetentnost, pridobljena predvsem s pomočjo izobraževanj o medkulturnosti. Zgolj ena od sedmih sodelujočih se je udeležila izobraževanja o medkulturnosti v sklopu šolanja na fakulteti. Sodelujoči si želijo, da bi imeli možnost dodatnega izobraževanja o navadah in običajih različnih kultur. Omenijo, da v Sloveniji zaostajamo na področju izobraževanja o medkulturnosti. Želijo si, da bi imeli informacije o tem, kje lahko dobijo podporo oziroma pomoč, ko jo potrebujejo.

*Izobraževanja na to temo se nisem udeležila. Verjetno bi pa vsako dodatno izobraževanje, znanje in izkušnje doprinesli k boljšemu razumevanju tuje kulture, njihovega počutja. Menim pa, da ni vse v izobraževanju, ker določenih stvari (normalne komunikacije, poslušanja, razumevanja, empatije) se ne moreš naučiti, kupiti, ampak imaš to v sebi. (B)*

Sodelujoči se zavedajo, da je v sodobnem svetu potrebnega vse več znanja s področja medkulturnosti. Pomembno se jim zdi, da delujejo v skladu z lastno intuicijo ter upoštevajo enakovrednost pacientov.

## Diskusija

Z raziskavo smo želeli ugotoviti razumevanje kulturne kompetentnosti zaposlenih v pediatrični onkološki zdravstveni negi in prepoznati izzive, s katerimi se soočajo ob svojem delu. Ugotovitve kažejo, da je srečevanje s pacienti, otroki in njihovimi starši, ki prihajajo iz drugih kultur, del vsakdana, zato so vprašanja, povezana s kulturnim dojemanjem bolečine, prehranskih zahtev in soočanja s smrtjo, neizogibna. Cohen et al. (2015) ugotavljajo, da otroci, oboleli za rakom, pri prehranjevanju doživljajo pomembne stranske učinke, kot so slabost, bruhanje, mukozitis in driska, ki lahko vodijo v izgubo telesne teže in podhranjenost. Poudarek je na preprečevanju izgube telesne teže med zdravljenjem, da bi ohranili ustrezno rast in razvoj. Njihove ugotovitve se ujemajo z ugotovitvami naše raziskave, da so starši med zdravljenjem raka pri svojem otroku spremenili svoj vzgojni slog glede hrane in dovolili, da je otrok jedel, kar je želel. Takšno prehranjevanje lahko zahteva premik od spremljanja zdravih prehranjevalnih navad in pregledovanja hranilnih vrednosti celotne prehrane, pri čemer zdravstveni delavci sodelujejo z družinami, da bi obvladovali simptome zdravljenja, povezane s hrano. Posebno pozornost je treba nameniti tudi prehranjevalnim navadam otrok in družin iz drugih kultur in vzpostavljanju dolgoročnih zdravih prehranskih vzorcev, da bi se izognili tveganjem za dolgoročno zdravje (Cohen et al., 2015; Diller et al., 2009; Oeffinger et al., 2006).

Kulturne razlike pomembno vplivajo na človekovo zaznavanje bolečine. Čeprav je kulturni kontekst ključni dejavnik pri ocenjevanju bolečine, ga pogosto spregledamo, kar lahko privede do neustreznega

obvladovanja bolečine, še posebej pri pripadnikih rasnih in etničnih manjšin. Razumevanje kulturnih značilnosti prispeva k boljšemu razumevanju, kako posamezna kulturna skupina dojema bolečino. Ni treba posebej poudarjati, da ima kultura pomembno vlogo pri doživljanju in izražanju bolečine ali z bolečino povezanega vedenja, zato je mogoče pričakovati medkulturne razlike v razširjenosti, intenzivnosti bolečine in z bolečino povezani invalidnosti (Prosen, 2019). Medicinske sestre navajajo, da otroci, oboleli za rakom, v primerjavi z otroki brez kronične bolezni doživljajo več bolečin in stisk ter so podvrženi številnim ponavljajočim se bolečim postopkom (Bisogni et al., 2014). Cahalan et al. (2022) navajajo, da telesna bolečina, povezana s postopki, zdravljenjem in napredovanjem bolezni, povzroča tudi čustveno trpljenje in skrb za prihodnost. Otroci z rakom doživljajo čustveno stisko in trpljenje, njihovi starši pa se srečujejo z največjo psihološko stisko v svojem življenju, saj se spopadajo z vprašanjem, kako potolažiti svoje otroke, medtem ko v sebi čutijo popolno nemoč. Cırık et al. (2019) v svoji raziskavi prav tako navajajo, da morajo medicinske sestre razširiti svoje znanje, uporabljati ustrezna orodja in tehnike ocenjevanja, predvideti boleče izkušnje in ustrezno posredovati, uporabljati multidisciplinarni pristop, kadar je to mogoče, vključiti družino in se zavzemati za uporabo učinkovitega zdravljenja bolečine pri otrocih, obolelih za rakom. Otroci, ki so oboleli za rakom, in njihove družine imajo zapletene potrebe, povezane s simptomi, odločanjem, načrtovanjem oskrbe v času celotnega poteka bolezni. Med hospitalizacijo otrok zdravstveni delavci spoznavajo njihove potrebe in želje, s tem vzpostavijo dobro sodelovanje, razumejo njihove potrebe in razvijejo dober medosebni odnos. Larsen et al. (2021) ugotavljajo, da s pristopom, ki ne upošteva kulturnih razlik, ni mogoče doseči cilja kakovostne zdravstvene nege. Individualna in celostna obravnava zahteva poznavanje in spoštovanje tako kulturnih kot družbenih dejavnikov, ki pomembno vplivajo na otroke in njihove starše, na drugi strani pa omogoča ukrepanje v skladu z njihovimi potrebami in prepričanji. Loredan & Prosen (2013) opisujeta, da velja kulturno zavedanje pri medicinskih sestrah za enega izmed prvih korakov na poti h kulturnim kompetencam. Razvoj kulturnih kompetenc zahteva, da posameznik najprej prepozna lastno kulturno pripadnost ter se zave lastnih prepričanj in vrednot. Poleg tega omenjata, da se kulturne kompetence ne razvijajo zgolj s pridobivanjem znanja o posamezni kulturi, ampak je njihov razvoj povezan z interakcijo s pripadniki druge kulture. To pomeni, da sta za razvoj kulturnih kompetenc ključnega pomena zavedanje lastne kulturne pripadnosti in odprtost za interakcijo s pripadniki drugih kultur.

Ugotovili smo, da je pri srečanjih s kulturno in jezikovno različnimi starši onkoloških otrok še vedno največ komunikacijskih težav. Pokorn & Lipovec

Čebren (2019) opisujeta, da je tolmačenje za potrebe zdravstvene oskrbe pogosto tudi čustveno zelo stresno, še posebej, če je nekomu treba sporočiti, da ima terminalno bolezen in da bo v kratkem umrl. Otroci takšne pritiske še posebej težko prenašajo. Medicinske sestre navajajo, da si včasih pomagajo z gestikulacijo in pisnimi prevodi, ki jih ustvarijo same. Podobno ugotovitvam naše raziskave tudi Ušaj et al. (2022) opisujejo, da so sodelujoči v anketi izpostavili neverbalni del komunikacije, ki je posebej učinkovit v primerih, ko je potrebna obravnava bolnika iz tuje kulture, ki ne govori slovenskega jezika. Tuohey (2019) ugotavlja, da neučinkovita medkulturna komunikacija lahko povzroči škodljive posledice za paciente, kot so neoptimalna kakovost oskrbe, neustrezno zdravljenje bolečine, okrnjen odnos med medicinsko sestro in bolnikom ter pomanjkanje razumevanja zdravstvenih vprašanj, režimov zdravljenja, nasvetov in navodil. V skladu s tem zaključuje, da je razvoj ustreznih verbalnih in neverbalnih komunikacijskih veščin za medicinske sestre temeljnega pomena, saj omogoča učinkovito medkulturno komunikacijo. Treba je razumeti jezikovne ovire, uporabljati preproste besede ter se izogibati strokovnim izrazom, ki jih pacienti morda ne razumejo. Prav tako poudarja uporabo neverbalne komunikacije, kot so geste in mimika, ki lahko prispevajo k lažjemu razumevanju in vzpostavljanju stika s pacienti iz različnih kultur. Starši onkoloških otrok pričakujejo, da bodo zadovoljene otrokove fiziološke in psihološke potrebe ter da bodo spoštovana njihova kulturna in verska prepričanja.

Medicinske sestre morajo torej prepoznati kulturne raznolikosti in vrednote ter njihov pomen za otroka in njegovo družino ter se na podlagi tega zavestno odločati in ohranjati kulturno celovitost pri izvajanju onkološke zdravstvene nege. Neposredna interakcija s pacienti iz različnih kultur jim omogoča, da pridobijo globlje razumevanje določene kulture, kar prispeva k izboljšanju ali prilagajanju njihovih obstoječih prepričanj. Za zagotavljanje uspešnosti v raznolikem svetu je bistveno razviti medkulturne kompetence, kar predstavlja ključno sposobnost zdravstvenega osebja ter omogoča varno, učinkovito in kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov iz različnih kulturnih okolij. Pravilno razvijanje medkulturnih kompetenc je pomembno za razumevanje kulturnega konteksta pacientov ter zagotavljanje učinkovite in kulturno ustrezne zdravstvene oskrbe. To vključuje sprejemanje in razumevanje značilnosti lastne kulture, razvijanje pozitivnega odnosa do drugih kulturnih skupin ter povečanje sposobnosti razumevanja in interakcije z njimi. Medkulturna kompetenca olajša zagotavljanje kulturno prilagojene oskrbe, pri čemer se potrebe in želje družin uskladijo s ponudniki znanja, odnosov in veščin (Rakić et al., 2022). To zagotavlja prilagojeno zdravstveno nego, usmerjeno k individualnim potrebam pacientov, in predstavlja postopno razvito sposobnost medicinskih sester za zagotavljanje varne in kakovostne

zdravstvene nege ne glede na kulturno ozadje pacientov (Razlag Kolar et al., 2019).

Shahzad et al. (2021) omenjajo, da medicinske sestre in študenti zdravstvene nege opozarjajo, kako učinkovito zagotavljanje medkulturne zdravstvene nege zahteva globlje razumevanje različnih kulturnih in družbenih vrednot ter odprt odnos do prepoznavanja in upoštevanja kulturnih razlik pri zdravstvenem osebjem, pacientih in njihovih družinah. Poleg tega je omenjeno, da je medkulturna zdravstvena nega sestavni del zdravstvene nege, saj medicinskim sestram omogoča, da cenijo socialne in kulturne potrebe ter želje pacientov in njihovih družin. Pomembno je tudi, da se medicinske sestre opremijo z ustreznimi medosebnimi in psihološkimi veščinami za komunikacijo in razvijanje terapevtskih odnosov z jezikovno in kulturno raznoliko populacijo pacientov. Prav tako je omenjeno, da sta za izboljšanje oskrbe pacientov z različnimi kulturami in etničnimi pripadnostmi pomembni kulturna občutljivost in sposobnost učinkovitega medkulturnega komuniciranja.

Tucker et al. (2017) opisujejo, da razvoj medkulturnih kompetenc zahteva osredotočenost na razvoj kulturne ozaveščenosti, občutljivosti ter odgovornosti pri zagotavljanju oskrbe. Pomembno je prepoznavati potrebe otrok in njihovih družin, kot so zagotavljanje udobja, spoštovanje ter vzpostavljanje zaupanja med pacientom in zdravstvenim osebjem. V ospredju je tudi sodelovanje z družino in osredotočenost na njene potrebe, kar vključuje opolnomočenje kot temeljno načelo kulturno občutljive oskrbe. Pri skrbi za bolne otroke je bistveno, da se medicinske sestre znajo odzvati na njihova stališča, občutke in identiteto ter jim tako zagotovijo občutek udobja, spoštovanja in zaupanja. Kulturno občutljiva zdravstvena nega je prilagojena potrebam vsakega posameznega pacienta in družine, vključno s prehranjevalnimi navadami, verskimi ter jezikovnimi potrebami. Hkrati je osredotočena na celostno nego ter razumevanje njihovih potreb in želja. Zato je pomembno, da se medicinske sestre in študente zdravstvene nege spodbuja k vključevanju v reflektivno prakso in vaje samozavedanja, osredotočene na prepoznavanje osebnih in pacientovih kulturnih ter družbenih vrednot. Ugotovitve naše raziskave kažejo, da je na področju medkulturnih odnosov še veliko možnosti za napredek in učenje ter razvijanje medkulturnih kompetenc. Potrebe po učenju in izobraževanju o medkulturnosti niso samo zaželeni, ampak tudi nujni, saj v Sloveniji glede izobraževanja o medkulturnosti močno zaostajamo za drugimi državami. Razlag Kolar et al. (2019) opisujejo, da je učenje kulturnih kompetenc treba vključiti v obstoječe dodiplomske in podiplomske študijske programe zdravstvene nege. Loredan & Prosen (2013) navajata, da kulturne kompetence v zdravstvu temeljijo na prepoznavanju kulturnih prepričanj, navad in vrednot pacienta; so neizogibna sestavina kakovostnih zdravstvenih storitev ter hkrati varovalo pred neenako obravnavo

pacientov. Prav tako ugotavljamo, da bi se sodelujoči, ki so že končali formalno šolanje, radi udeleževali izobraževanju o medkulturni zdravstveni negi.

Ugotovitve naše raziskave so pokazale, da zaposleni v pediatrični onkološki zdravstveni negi dobro in uspešno razvijajo medosebne odnose z otroki in njihovimi starši, ki prihajajo iz drugih kultur, ter se uspešno izogibajo morebitnim konfliktom. Prav tako razumejo njihove potrebe glede prehranjevanja, lajšanja bolečin in omiljenja trpljenja, upoštevajo njihove želje ter vedno delajo v dobro otroka.

Med omejitvami raziskave lahko izpostavimo začetno pomanjkanje večšin prvih dveh avtoric za kvalitativno raziskovanje (Anderson, 2010), vendar so ostali avtorji s svojimi predlogi usmerjali raziskavo in analizo. Na rezultate je lahko vplivala neposredna prisotnost raziskovalcev, vendar se je to poskušalo minimalizirati s splošnimi začetnimi vprašanji, katerih namen je bil vzpostaviti pristnejši stik s sogovorniki in jih na ta način sprostiti. Vzorec v raziskavi ni bil velik, vendar v okvirih priporočil za tovrstne interpretativne raziskave; dovoljšno mero nasičenosti je izkazoval tudi ob sedmem intervjuju.

## Zaključek

Naša družba postaja čedalje bolj pisana in raznolika, zato je dobro poznati svojo lastno kulturo ter pomen poznavanja in sprejemanja drugih kultur in njihovih posebnosti. Otroci, oboleli za rakom, in njihovi starši se včasih bojijo izraziti svoje želje in prepričanja, tako da je v času hospitalizacije bistveno prisluhniti njihovim željam in potrebam. Poleg kulturnih raznolikosti in stiske, ki jo otroci na onkologiji in njihovi starši doživljajo ob spopadanju s hudo boleznijo, se moramo tudi sami zavedati njihove stiske ter ob tem sprejemati drugačnost in individualnost. Če želimo izvajati zdravstveno oskrbo, usmerjeno k družini, moramo spoznati in razumeti njeno kulturo in njen način življenja. Slednje pa je mogoče, če najprej razumemo sebe. Imeti moramo sposobnost razumevanja, spoštovanje, empatijo, čustveno inteligenco, samozavedanje in samoobvladovanje ter biti ob tem motivirani za delo s pediatričnimi onkološkimi bolniki in njihovimi starši.

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

## Financiranje/Funding

Raziskava je bila izvedena v okviru ARIS (Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije) raziskovalnega programa P3-0003./The study was carried out under the ARIS (Slovenian Research and Innovation Agency) research programme P3-0003.

## 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). Soglasje za to izvedbo je bilo pridobljeno s strani Komisije Univerze na Primorskem za raziskave, ki vključujejo delo z ljudmi (Št.: 4264-16-3/2022)./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). Ethical approval for this study was obtained from the Commission of the University of Primorska for Ethics in Human Subjects Research (No: 4264-16-3/2022).

## Prispevek avtorjev/Author contributions

NC – konceptualizacija raziskave, izvedba raziskave, analiza in interpretacija podatkov, zapis osnutka članka/conceptualisation of the research, implementation of the research, analysis and interpretation of data, drafting of the article; TF – konceptualizacija raziskave, izvedba raziskave, analiza in interpretacija podatkov/conceptualisation of the research, conduct of the research, analysis and interpretation of the data; ML – konceptualizacija raziskave, izvedba raziskave, analiza in interpretacija podatkov/conceptualisation of the research, conduct of the research, analysis and interpretation of the data; SL – kritični pregled članka, dokončna odobritev članka/critical revision of the article, final approval of the article; MČ – kritični pregled članka, dokončna odobritev članka/critical revision of the article, final approval of the article; MP – konceptualizacija raziskave, analiza podatkov, analiza in interpretacija podatkov/MP – conceptualisation of the research, data analysis, data analysis and interpretation.

## Literatura

Aghajari, P., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Ghahramanian, A., & Foronda, C. (2019). Cultural sensitivity in paediatric nursing care: A concept analysis using the hybrid method. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 609–620. <https://doi.org/10.1111/scs.12654> PMID:30628722

Anderson, C. (2010). Presenting and evaluating qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74(8), Article 141. <https://doi.org/10.5688/aj7408141> PMID:21179252; PMCid:PMC2987281

Bisogni, S., Dini, C., Olivini, N., Ciofi, D., Giusti, F., Caprilli, S., Gonzalez Lopez, J. R., & Festini, F. (2014). Perception of venipuncture pain in children suffering from chronic diseases. *BMC Research Notes*, 7, Article 735. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-735> PMID:25326685; PMCid:PMC4210598

- Breznik, K., Kaučič, B., & Filej, B. (2019). Izobraževalne potrebe medicinskih sester v enotah intenzivne terapije za pridobitev medkulturnih kompetenc. In *Medkulturna oskrba v zdravstvu* (pp. 97–112). Visoka zdravstvena šola Celje. <https://www.researchgate.net/publication/333719193>
- Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., Burgess, D., Call, K., & Przedworski, J. (2016). Improving cultural competence to reduce health disparities. In *Comparative effectiveness review*, Report: 16-EHC006-EF. Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361126>  
PMid:27148614
- Cahalan, L., Smith, A., Sandoval, M., Parks, G., & Gresham, Z. (2022). Collaborative legacy building to alleviate emotional pain and suffering in pediatric cancer patients: A case review. *Children*, 9(1), Article 33. <https://doi.org/10.3390/children9010033>  
PMid:35053659; PMCID:PMC8774266
- Cohen, J., Wakefield, C. E., Tapsell, L. C., Walton, K., Fleming, A. K. C., & Cohn, R. J. (2015). Exploring the views of parents regarding dietary habits of their young cancer-surviving children. *Support Care Cancer*, 23, 463–471. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2394-x>  
PMid:25129397
- Çirik, V., Çiftçioğlu, Ş., & Efe, E. (2019). Knowledge, practice and beliefs of pediatric nurses about pain. *Journal of Pediatric Research*, 6(3), 220–227. <https://doi.org/10.4274/jpr.galenos.2019.48344>
- Diller, L., Chow, E. J., Gurney, J. G., Hudson, M. M., Kadan-Lottick, N. S., Kawashima, T. I., Leisenring, W. M., Meacham, L. R., Mertens, A. C., Mulrooney, D. A., Oeffinger, K. C., Packer, R. J., Robison, L. L., & Sklar, C. A. (2009). Chronic disease in the childhood cancer survivor study cohort: A review of published findings. *Journal of Clinical Oncology*, 27(14), 2339–2355. <https://doi.org/10.1200/JCO.2008.21.1953>  
PMid:19364955; PMCID:PMC2677922
- Elliott, R., & Timulak, L. (2005). Descriptive and interpretive approaches to qualitative research. In J. Miles & P. Gilbert (Eds.), *A handbook of research methods for clinical and health psychology* (pp. 147–159). Oxford University Press.
- Günüşen, P. N., Üstün, B., Serçekuş Ak, P., & Büyükkaya Besen, D. (2017). Secondary traumatic stress experiences of nurses caring for cancer patients. *International Journal of Nursing Practice*, 25(1), Article e12717. <https://doi.org/10.1111/ijn.12717>  
PMid:30561842
- Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., & Cliford, A. (2017). *Cultural competence in health: A review of evidence*. Springer. [https://researchonline.jcu.edu.au/51293/1/Cultural\\_Competence\\_in\\_Health.pdf](https://researchonline.jcu.edu.au/51293/1/Cultural_Competence_in_Health.pdf)
- Keršič Svetel, M., Jelenc, A., Gosenca, K., Škraban, J., Pistotnik, S., Lipovec Čabron, U., Bofulin, M., & Farkaš-Lainščak, J. (2016). *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priručnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Projekt Skupaj za zdravje. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*. (2014). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Komidar, K. (2019). Upoštevanje medkulturnosti pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. *Revija za zdravstvene vede*, 6(2), 3–21. <https://www.jhs.si/index.php/JHS/article/view/84/86>
- Kordeš, U., & Smrdu, M. (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Založba Univerze na Primorskem. <https://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6963-98-5.pdf>
- Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2020). Interpersonal communication in transcultural nursing care in India: A descriptive qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(4), 310–317. <https://doi.org/10.1177/1043659620920693>  
PMid:32436462; PMCID:PMC8165747
- Loredan, I., & Prosen, M. (2013). Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), 83–89. <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2916/2848>
- MacKay, L. J., & Gregory, D. (2011). Exploring family-centered care among pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 28(1), 43–52. <https://doi.org/10.1177/1043454210377179>  
PMid:21098335
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>  
PMid:26613970
- Noble, H., & Heale, R. (2019). Triangulation in research, with examples. *Evidence Based Nursing*, 22(3), 67–68. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2019-103145>  
PMid:31201209
- Oeffinger, K. C., Mertens, A. C., Sklar, C. A., Kawashima, T., Hudson, M. M., Meadows, A. T., & Robison, L. L. (2006). Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. *The New England Journal of Medicine*, 355(15), 1572–1582. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa060185>  
PMid:17035650

- Poillucci, V., & Page, C. Z. (2019). Diversity awareness and documentation practices among oncology advanced practice providers. *Journal of The Advanced Practitioner in Oncology*, 10(4), 347–354.  
<https://doi.org/10.6004/jadpro.2019.10.4.3>  
PMid:33343983; PMCID:PMC7520744
- Pokorn, N. K., & Lipovec Čebren, U. (2019). *Večjezično zdravje: komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu*. Založba Univerze v Ljubljani.  
<https://doi.org/10.4312/9789610601364>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (p. 191, 9th ed.) Lippincott Williams & Wilkins.
- 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>
- Prosen, M. (2019). The impact of culture on perception of pain and pain related behaviour. In *1. Mednarodni simpozijum Udruženja zdravstvenih profesionalaca Srbije: Bol kao medicinski, biološki, psihološki, sociološki i kulturološki fenomen*.  
<https://www.researchgate.net/publication/336486210>
- Rakić, M., Hengartner, H., Lüer, S., Scheinmann, K., Elger, B. S., & Rost, M. (2022). A national survey of Swiss paediatric oncology care providers' cross-cultural competences. *Swiss Medical Weekly*, 152(3738), Article w30223.  
<https://doi.org/10.4414/smw.2022.w30223>  
PMid:36201172
- Razlag Kolar, T., Filej, B., & Kaučič, B. M. (2019). Pomen kulturne kompetentnosti medicinskih sester za kakovostno in k bolniku usmerjeno zdravstveno nego in oskrbo. In *Medkulturna oskrba v zdravstvu*. Visoka zdravstvena šola v Celju.  
<https://www.researchgate.net/publication/333719005>
- Shahzad, S., Ali, N., Younas, A., & Tayaben, J. L. (2021). Challenges and approaches to transcultural care: An integrative review of nurses' and nursing students' experiences. *Journal of Professional Nursing*, 37(6), 1119–1131.  
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.001>  
PMid:34887030
- Thompson Burdine, J., Thorne, S., & Sandhu, G. (2021). Interpretive description: A flexible qualitative methodology for medical education research. *Medical Education*, 55(3), 336–343.  
<https://doi.org/10.1111/medu.14380>  
PMid:32967042
- Tucker, C. M., Herman, K. C., Pedersen, T. R., Higley, B., & Montrichard, M. (2007). Cultural sensitivity in physician-patient relationships: Perspectives of an ethnically diverse sample of low-income primary care patients. *Medical Care*, 45(6), 525–531.  
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31803d3d8b>
- Tuohey, D. (2019). Effective intercultural communication in nursing. *Nursing Standard*, 34(2), 45–50.  
<https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11244>  
PMid:31468842
- Ušaj, S., Medvešček, K., Černe, T. K., Ličen, S., & Prosen, M. (2022). Pomembnost medkulturne komunikacije v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 11(2), 124–139.  
<https://doi.org/10.37886/ruo.2022.009>
- 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:

Čulibrk, N., Ferfolja, T., Lukić, M., Ličen, S., Čemažar, M., & Prosen, M. (2024). Medkulturna kompetentnost v pediatrični onkološki zdravstveni negi: deskriptivno-interpretativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(3), 175–184.  
<https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.3.3245>



Pregledni znanstveni članek/Review article

## Managing postcaesarean section pain with opioid analgesia and the effect on breastfeeding: A literature review

Obvladovanje bolečine po carskem rezu z opioidno analgezijo in vpliv na dojenje: pregled literature

Uroš Višič<sup>1, 2, \*</sup>, Miha Lučovnik<sup>1, 3</sup>

**Key words:** pain; delivery; opioid; mobilisation; nursing

**Ključne besede:** bolečina; porod; opioid; mobilizacija; zdravstvena nega

<sup>1</sup> University Medical Centre Ljubljana, Šljajmerjeva 4, 1000 Ljubljana, Slovenia

<sup>2</sup> University of Novo mesto, Faculty of Health Sciences, Na Loko 2, 8000 Novo mesto, Slovenia

<sup>3</sup> University of Ljubljana, Faculty of Medicine, Zaloška cesta 4, 1000 Ljubljana, Slovenia

\* Corresponding author/  
Korespondenčni avtor:  
urosvic@gmail.com

### ABSTRACT

**Introduction:** Pain after caesarean section is an expected event that can affect the patient's recovery and first attempts at breastfeeding. The aim of this review was to determine the relationship between opioid pain management after caesarean section and support during the first breastfeeding attempts.

**Methods:** A descriptive method was used to conduct a literature search in the PubMed Central, ScienceDirect, and Google Scholar databases, which included literature published between 2013 and 2023. A combination of the following keywords was used in the search: "pain", "delivery", "opioid", "mobilisation" and "nursing". Primary sources were selected according to predefined inclusion and exclusion criteria. The search process and selection are illustrated using the PRISMA diagram. A thematic analysis was conducted by coding the data retrieved.

**Results:** The literature search yielded nine articles addressing the status of opioid pain management and breastfeeding after caesarean section. The results of the literature search were critically appraised using the MML tool. The main content pertained to the outcomes of identifying different interventions for the management of postoperative pain and initiation of breastfeeding after caesarean section.

**Discussion and conclusion:** In general, patients in different countries were found to be at higher risk of inadequate forms of pain management after caesarean section. We also identified the key research gaps that should be addressed to support further public health interventions for more appropriate pain management and the promotion of and support with breastfeeding after caesarean section.

### IZVLEČEK

**Uvod:** Bolečina po carskem rezu je pričakovan dogodek, ki lahko vpliva na okrevanje otročnice in prvo dojenje. Namen tega pregleda je ugotoviti povezavo med obravnavo bolečine z opioidi po carskem rezu in podporo pri dojenju.

**Metode:** Izvedli smo pregled strokovne in znanstvene literature. Iskanje je potekalo po podatkovnih bazah PubMed Central, ScienceDirect in Google Scholar. Vključena je bila literature, objavljena med letoma 2013 in 2023. Pri iskanju so bile uporabljene kombinacije ključnih besed: »bolečina«, »porod«, »opioid«, »mobilizacija« in »zdravstvena nega«. Primarni viri so bili izbrani v skladu z merili za vključitev in izključitev. Postopek iskanja in izbor sta prikazana s pomočjo PRISMA diagrama. Tematska analiza je bila izvedena s kodiranjem rezultatov.

**Rezultati:** Identificirali smo 9 člankov, ki so obravnavali status obvladovanja bolečine z opioidi po carskem rezu. Rezultate smo kritično ovrednotili z orodjem PICO. Glavna vsebina so bili rezultati pri ugotavljanju različnih intervencij za obvladovanje pooperativne bolečine in za začetek dojenja po carskem rezu.

**Diskusija in zaključek:** Na splošno velja, da so otročnice v različnih državah bolj izpostavljene tveganju neučinkovitih načinov obvladovanja bolečine po carskem rezu. Opredelili smo ključne vrzeli, ki bi lahko bile nadaljne področje raziskovanja za ustrežnejše obvladovanje bolečine ter podpora dojenju po carskem rezu.



Received/Prejeto: 28. 8. 2023  
Accepted/Sprejeto: 26. 7. 2024

© 2024 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

## Introduction

Pain management after caesarean section is critically important and a top priority for parturients undergoing caesarean section (Komatsu et al., 2022). Opioids are commonly prescribed for pain management as they reduce the intensity of pain signals (Brown, 2020). The introduction of opioid substitutes has made it possible to administer lower doses of opioids during and after surgery (Boysen et al., 2023). However, managing breakthrough pain requires a standardised approach with planned non-opioid adjuncts and prescribed doses (Sangkum et al., 2021). The incidence of caesarean section varies widely around the world. In most European countries, the caesarean section rate is between 25% and 35% (Vila-Candel et al., 2020). In Slovenia, the rate has increased significantly over the years and has stabilised at around 21% (Visic et al., 2021). The highest rates have been observed in the Dominican Republic (56.4%). In the United States of America, caesarean section is the most common surgical procedure in hospitals, accounting for 31.9% of deliveries, while the global average for caesarean section deliveries is 18.6% (Landau et al., 2023).

As with all surgical procedures, pain after a caesarean section is an expected event that can affect the patient's recovery (Carvalho & Butwick, 2017). While opioids provide adequate pain control, their side effects can negatively affect the mother-newborn bonding in the early postpartum period (Višić et al., 2022). Common side effects of opioid administration include sedation, dizziness, nausea, constipation, tolerance and respiratory depression (Daoust et al., 2020). While in some parturients with low analgesic requirements, a standard (non-opioid) analgesic regimen may lead to overmedication and analgesic-related side effects (Sangkum et al., 2021), this type of pain management enables early ambulation, breastfeeding, prevention of thromboembolic complications associated with caesarean section, as well as bonding between mother and newborn (Visic et al., 2021; Zipursky et al., 2023). ERAC (Enhanced Recovery After Cesarean) uses an interdisciplinary approach in which the patient is part of the support system consisting of all healthcare professionals. Intraoperative anaesthesia and postoperative multimodal pain management are the simplest components of appropriate treatment. The postoperative course requires increasing involvement of nursing staff in the early postoperative period (Patel & Zakowski, 2021).

Caesarean section requires optimal perioperative pain management, which not only enables early outpatient management, but also plays a key role in postoperative rehabilitation (Ismail et al., 2012). In a significant proportion of patients, it has been associated with moderate to severe postoperative pain, which can delay return to daily activities and also affect the first attempts at breastfeeding (Roofthoof

et al., 2021). The issue of breastfeeding support after caesarean section that would also focus on maternal outcomes has not been addressed until recently (Ahmadi et al., 2015; Wen et al., 2015). Although it is generally recognised that caesarean section has a negative impact on breastfeeding, individual population-based studies examining the association between caesarean delivery and breastfeeding are inconsistent (Cohen et al., 2018). Early skin-to-skin contact has been shown to promote breastfeeding and is associated with physiological and psychological benefits for both mother and infant (Mary et al., 2021). The first postpartum hours are therefore crucial for the establishment and continuation of breastfeeding (Cohen et al., 2018; Gianni et al., 2020).

### *Aims and objectives*

The aim of this systematic review was to determine the effects of opioid analgesia after caesarean section in the early postpartum period. The specific aim of this review was to investigate the association between opioid treatment of pain after caesarean section and its impact on ambulation and the early stages of breastfeeding. The following research questions were addressed:

- What is the impact of opioid analgesia on activity performance in the early postcaesarean section period?
- What is the outcome of opioid analgesia and breastfeeding after caesarean section?

## Methods

We conducted a literature review with quality assessment on the effect of pain management after caesarean section using only opioid analgesia on activity performance and breastfeeding initiation in the early postpartum period.

### *Review methods*

The PubMed Central, ScienceDirect, and Google Scholar databases were used for the electronic search for the primary literature, supplemented by a manual search. The inclusion and exclusion criteria listed in Table 1 were applied in the literature search. Based on the guidelines by Streubert & Carpenter (2011), the suitability of the identified literature for inclusion in the study was first assessed. The search results were analysed in several rounds. In the first round, the titles were carefully screened, and if the suitability of a record for inclusion in the study could not be determined on the basis of the title, the abstract was reviewed. In the second round, abstracts were read carefully, and in the third round, articles were read and assessed for eligibility for inclusion. We used the following inclusion criteria: patients undergoing caesarean

**Table 1: Inclusion and exclusion criteria**  
**Tabela 1: Vključitvena in izključitvena merila**

Type of criteria/ Vrsta meril	Inclusion criteria/ Vključitvena merila	Exclusion criteria/ Izključitvena merila
Topic	Caesarean section; opioid analgesia; breastfeeding.	Vaginal birth, regional analgesia, addiction to opioids.
Type of research	Literature review and meta-analysis, cohort study, prospective observational study, longitudinal study.	Unpublished material, abstract, reports, and literature without professional content.
Observed population	Patients after caesarean section with breastfeeding attempts.	Patients after vaginal birth and no breastfeeding experience.
Time frame	Articles published since 2013.	Articles published before 2013.

section, pain management with opioid analgesia, fully accessible articles published in English or Slovene since 2013. The following search strategy, consisting of a combination of keywords and Boolean operators, was used: ("caesarean section" OR "caesarean delivery") AND ("opioid analgesia" OR "opiate analgesia") AND ("breastfeeding" OR "lactation"). The literature search took place in April 2023. We focused on the topic of opioid pain management after caesarean section and its impact on breastfeeding after caesarean section.

The literature was screened for suitability for inclusion in the literature review using the guidelines described by Streubert & Carpenter (2011). We included publications that contained data on postcaesarean pain management with opioids for the defined population. We included publications with original results that were available as full text or comprehensive abstracts. Given the advances in the field of postcaesarean pain management, the literature search was limited to publications from the last 10 years. Relevant publications not yet found in the literature search and identified manually through other sources such as web browsers, organisations and citation searches, were included as additional records. All inclusion and exclusion criteria are listed in Table 1.

### Results of the review

Our literature search yielded 37 records. After removing duplicates ( $n = 2$ ) and adding records from other sources ( $n = 12$ ), 23 records were screened for relevance. After removing irrelevant records ( $n = 9$ ), the full texts of the publications were collected ( $n = 14$ ). The literature review was conducted on the basis of nine ( $n = 9$ ) relevant publications. The identified publications were categorised into two groups according to the reported outcome of the study: a) pain management after caesarean section with opioid use and b) breastfeeding after caesarean section with opioid use. Nine articles were included in the study, as shown in Figure 1. Table 3 shows the characteristics of each study included in our literature review. We carefully screened all selected publications and extracted the following information: description of the study period, study population, and results (outcomes related to opioid analgesia and breastfeeding after caesarean section).

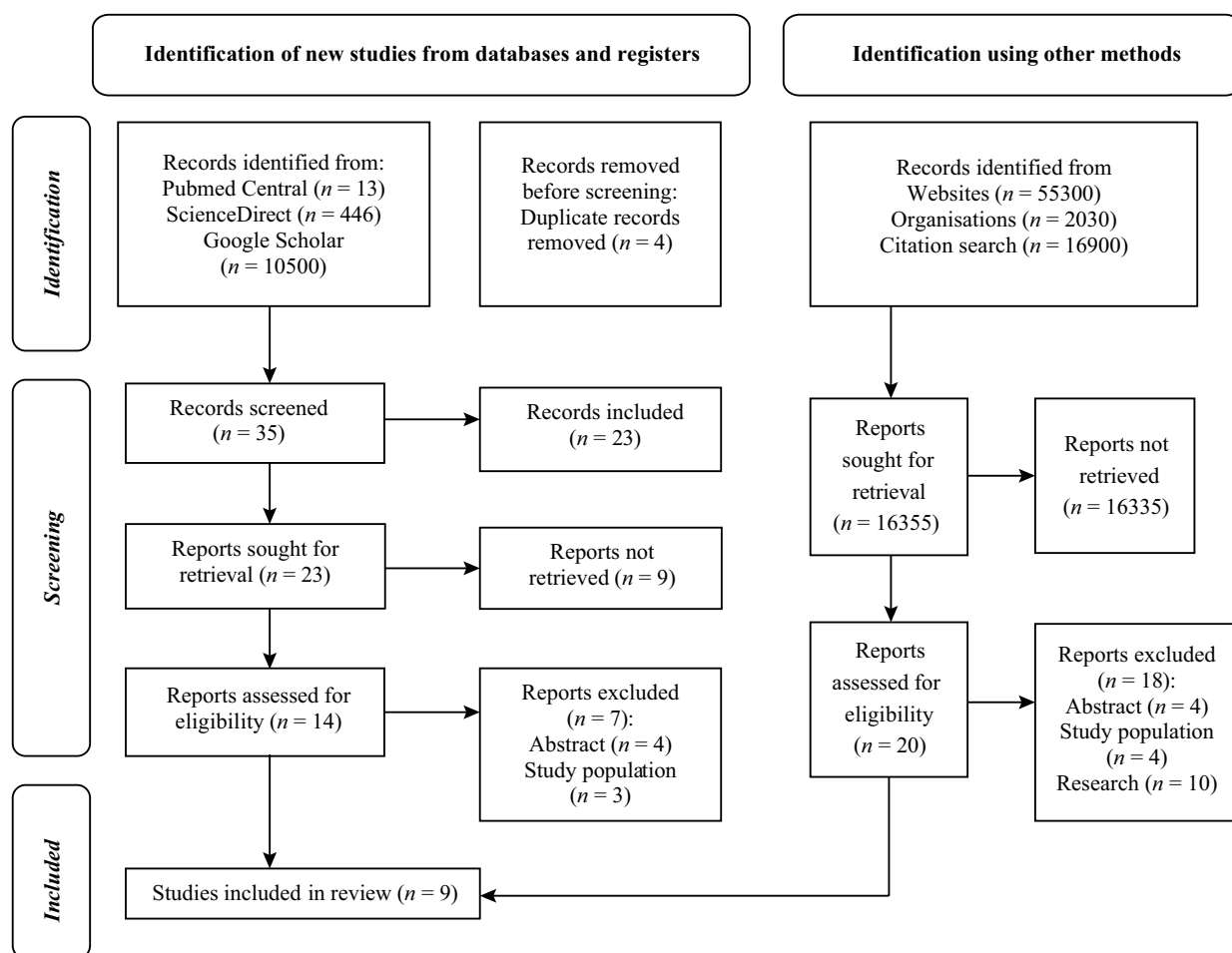
### Quality assessment of the review and description of data processing

The results of the literature review included one qualitative and eight quantitative studies from different countries. The selected literature was included in the final review on the basis of relevance, topicality and accessibility. The typology of the nine sources retrieved and included in the final literature review was determined based on the hierarchy of evidence in scientific research (Polit & Beck, 2018). The inclusion of multi-methods research can address the complex aspects of healthcare services research that can not be analysed using a single method (Harrison et al., 2021). Therefore, the reliability of the reviewed studies was determined based on a critical appraisal using the PICO model (P – patient, I – intervention, C – comparison, O – outcome), where we critically appraised the qualitative studies using a control (Brandt Eriksen & Faber Frandsen, 2018) and established that the selected studies were suitable for inclusion in the data analysis. The criteria for assessing the quality of the studies were the structure and coherence of the research and the reliability of the sources used. In the final phase, we identified nine studies, determined the codes and classified them into three categories according to their level of significance: A – excellent, B – good, C – sufficient (Table 2).

**Table 2: Level of evidence for the studies included in the review****Tabela 2: Stopnja dokazov pri vključenih študijah**

Author, year, country / Avtor, leto, država	Level of evidence / Stopnja dokazov
Bjornstad & Reder, 2020, Norway	A
Chao et al., 2019, USA	B
Chang et al., 2022, Taiwan	C
Fassoulaki et al., 2021, Greece	A
Hooda et al., 2023, India	B
Landau et al., 2021, USA	A
O'Connor et al., 2022, USA	B
Oommen et al., 2021, Norway	B
Patzkowski et al., 2023, USA	C

Legend/legenda: A – excellent/odlično; B – dobro/good; C – zadostno/fair; USA – United States of America/Združene države Amerike



**Figure 1:** Flow diagram of literature selection (Page et al., 2020)

**Slika 1:** Diagram pregleda selekcijiranja literature (Page et al., 2020)

## Results

Our literature review examined nine studies describing the effects of opioid treatment of postcaesarean section pain and breastfeeding initiation in developed countries around the world (United States of America – four studies; Norway – two studies; Greece – one study; India – one study; Taiwan – one study). Of the nine studies included in this review, six studies, namely Bjornstad & Reder (2020), Chao et al. (2019), Fassoulaki et al. (2021), O'Connor et al. (2022), Oommen et al. (2021), and Patzkowski et al. (2023), assess pain management with opioid analgesia. These studies also compare opioid analgesia and its side effects. Several studies report adverse effects such as nausea, vomiting, and dizziness. It can be assumed that the first attempt at breastfeeding after a caesarean section is unsuccessful. In this case, skin-to-skin contact is also prevented. Chao et al. (2019), Hooda et al. (2023), and Landau et al. (2021) compare different opioid pain regimens and breastfeeding outcomes after caesarean section.

Most studies report on the prevalence of opioid use immediately after surgery. The reports indicate that patients experienced mild or severe problems in the initial postcaesarean period. The main findings were divided into thematic categories using codes, which were further divided into the following two clusters: Category I: *Opioid analgesia after caesarean section* and Category II: *Breastfeeding support after induced opioid analgesia* and are presented in Table 4.

### Category I: Opioid analgesia after caesarean section

Bjornstad & Reder (2020) report on patients' high pain intensity on the visual analogue scale (VAS  $\geq 4$ -7/10) and opioid requirement in the first 24 hours after caesarean section. Patients also received an additional opioid pain relief. In this study, low levels of ambulation were observed due to inadequate opioid pain relief and a high prevalence of side effects, such as fatigue, weakness and nausea. Patzkowski et al. (2023) report a mean VAS pain score of  $> 4/10$  (in 72% of cases). Of all the patients included in this study, 96%

**Table 3: General characteristics of the studies included in the review****Tabela 3: Značilnosti vključenih raziskav**

<i>Author, year, country/Avtor, leto, država</i>	<i>Research typology/ Raziskovalna tipologija</i>	<i>Data/ Podatki</i>	<i>Research aim/ Raziskovalni cilj</i>	<i>Statistical analysis/ Statistična analiza</i>	<i>Key findings/ Ključne ugotovitve</i>
Bjornstad & Reder, 2020, Norway	Retrospective cohort study	50 patients included.	Pain management in elective CS.	The mean average VAS was 4 and the mean worst VAS pain intensity was 7; 34 patients reported an average VAS $\geq 4$ , and seven reported a VAS pain intensity $\geq 7$ .	High pain intensity and need for opioids in the first 24 hours after CS; contribution to nausea and especially pruritus; low mobilisation rate on the postoperative day due to inadequate pain relief.
Chao et al., 2019, USA	Retrospective cohort study	217 subjects in primary CS, and 37 subjects in repeat CS.	Pain management with patients who underwent prior or repeat elective CS.	Opioid consumption was significantly lower in the repeat group compared to the primary CS group ( $p < 0.005$ ); the repeat CS group had statistically significant lower opioid consumption in the postprocedure time intervals (0 – 72 h) ( $p < 0.005$ ); the highest opioid consumption was recorded in the 25 – 48h.	None of the patients received additional regional analgesic procedures; CS recurrences were not treated differently in postoperative pain management allowing for BF / care for the newborn.
Chang et al., 2022, Taiwan	Meta-analysis of randomised controlled trials	23 studies with 2589 parturients	Effects of opioids administered through intravenous PCA in patients who have undergone CS.	Fentanyl had better analgesic effects after 4 hours ( $MD = -0.75$ , 95% $CI = 1.16$ ; 0.34) and 8 hours ( $MD = 0.93$ ; 95% $CI = -1.57$ ; -0.28), and fentanyl was more likely to cause pruritis.	Opioids cause opioid induced respiratory depression and sedation; delayed lactogenesis and BF decline; opioid-induced nausea, increased likelihood of developing pruritis after CS.
Fassoulaki et al., 2021, Greece	Cohort observational study	173 patients who underwent elective CS.	Comparing subcutaneous morphine in the postanaesthesia care unit.	Hospital opioid exposure (mean daily morphine equivalents) 10.7 equivalents (95% $CI = 10.2 - 11.3$ ).	Presence of persistent pain; 32% reported intermittent use of analgesic at home; lack of healthcare promotion for pain management; awareness of the impact on BF and its consequences.
Hooda et al., 2023, India	Prospective, double-blinded, randomised study	300 patients in elective CS.	Comparing the effect of different analgesic regimens (ambulation and BF) after CS.	In group 1 (diclofenac), the time taken to initiate BF was significantly shorter than in group 2 (tramadol) ( $p = 0.028$ ); in group 2, the time taken to initiate movement was significantly shorter ( $p < 0.001$ ).	Adequate analgesia influences early BF performance and movement in the immediate postcaesarean period; patients report nausea, fatigue, refusal of first BF attempt.
Landau et al., 2021, USA	Retrospective cohort study	2983 cases of elective CS.	Opioid-sparing analgesia during CS.	Oxycodone users before intervention (32.7%; $p < 0.001$ ); the difference for non-opioid users is greater in academic hospitals (20.3%; 95% $CI = 17.4 \pm 23.1\%$ ) than in community hospitals (8.7%; 95% $CI = 2.6 \pm 14.4\%$ ); CS.	Postoperative analgesic protocols were tailored to individual opioid use; pain scores were higher in patients prescribed an opioid; new methods of pain assessment resulted in a 30% reduction in hospital opioid use after CS.

Continues/Se nadaljuje

Author, year, country/Avtor, leto, država	Research typology/Raziskovalna tipologija	Data/Podatki	Research aim/Raziskovalni cilj	Statistical analysis/Statistična analiza	Key findings/Ključne ugotovitve
O'Connor et al., 2022, USA	Retrospective cohort study	46 patients who underwent urgent/elective CS.	Pain scores and opioid analgesic utilisation during hospitalisation in women delivering by CS.	The mean daily dose of opioid (buprenorphine) was 14.6 mg (4 – 32 mg); the mean pain score 12 – 24 h after CS was 5.03; patients receiving neuraxial opioid required more parenteral opioid than those who did not receive neuraxial analgesia (16.4 mg ( <i>SD</i> = 21.1) vs 5.3 mg ( <i>SD</i> = 3.6), <i>p</i> = 0.42).	Buprenorphine should not inhibit the analgesic effect of a neuraxial opioid; 14.4% of receiving buprenorphine had significantly increased pain; patients had mild to severe problems with nausea, drowsiness, fatigue and pruritus.
Oommen et al., 2021, Norway	Prospective observational study	1101 healthy patients.	Effect of intrapartum fentanyl administered intravenously or through epidural analgesia on early BF.	Fentanyl was four times more likely to cause non-exclusive BF compared to no opioid exposure ( <i>OR</i> = 4.20, 95% <i>CI</i> = 2.49 ± 7.09, <i>p</i> < 0.001); a reduction in exclusive BF (81% vs. 89%; <i>p</i> = 0.014) and spontaneous suckling (68% vs. 83%; <i>p</i> < 0.001) was observed.	Spontaneous suckling was negatively associated with fentanyl use during labour ( <i>p</i> < 0.001); known BF problems with lactation and first BF attempt and outcome.
Patzkowski et al., 2023, USA	Retrospective cohort study	169 patients after elective CS.	Understanding postCS pain and opioid use.	In subarachnoid block, 72% of patients received fentanyl and morphine (median fentanyl = 20 mcg; <i>MME</i> = 0.15 mg), 24% morphine alone ( <i>MME</i> = 0.2 mcg), and 3% fentanyl alone.	One in seven (14%) patients reported a mean VAS > 4/10, and 96% of these patients received opioid analgesia; including poor BF results.

*Legend/legenda:* CS – caesarean section/carski rez; PCA – patient controlled analgesia/nadzorovana analgezija; *p* – level of statistical significance/stopnja statistične značilnosti; % – percentage/odstotek; *MD* – mean difference/mediana; *SD* – standard deviation / standardni odklon; *MME* – morphine miligram equivalents/ekvivalenti morfija; *CI* – confidence interval/interval zaupanja; *OR* – odds ratio/razmerja obetov; *BF* – breastfeeding/dojenje; *VAS* – visual-analogue scale/vizualno-analogni skala; *USA* – United States of America/Združene države Amerike

received opioid analgesia and additional opioid pain relief with known side effects. In a study by O'Connor et al. (2022), patients treated with opioid analgesia reported significantly higher VAS pain scores of > 4/10, which was considered statistically significant (*p* < 0.001). The study by Landau et al. (2021) concludes that postoperative analgesic protocols should be tailored to the individual patient due to the high prevalence of the most frequent side effects. Pain scores were higher in the opioid analgesia group than in the non-opioid group with a statistical significance of *p* < 0.001. The new standard for pain assessment significantly reduced in-hospital opioid use by 30% and promoted early adaptation in the postpartum period and initiation of breastfeeding. Oommen et al. (2021) compared opioid and non-opioid exposure and directly demonstrated the impact of fentanyl use on lower spontaneous suckling rates and breastfeeding difficulties at key moments. Fassoulaki et al. (2021) report on a lack of healthcare promotion and the impact of opioids in the postoperative period. Chao et al. (2019) found that opioid analgesia was associated

with a statistically significant increase in the likelihood of developing pruritus (*p* < 0.005). All of these side effects raised patient concerns about breastfeeding outcomes in neonatal care. Hooda et al. (2023) demonstrate that the use of opioid analgesia has a statistically significant impact on early postpartum ambulation (*p* < 0.001) and breastfeeding initiation (*p* < 0.028) due to nausea and fatigue resulting from opioid-based postoperative pain relief. Chang et al. (2022) report adverse effects of all treatment modalities and conclude that that analgesic treatment should be individualised taking into account the known side effects of opioid analgesia and other pain treatment modalities. Opioid analgesia should be the treatment of choice, as they are aware of all side effects of opioids. The outcome of breastfeeding is often uncertain and places a high burden of stress on the mother. Patients with repeat caesarean section reported higher pain scores and requested a multiple dose of opioid analgesia, probably due to the psychological impact of the overall perception of the experience.

**Table 4: Distribution of codes by category**  
**Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah**

Categories/Kategoriji	Codes/Kode	Author/Avtor
Category I – Opioid analgesia after caesarean section	Low levels of ambulation – inadequate opioid pain relief – known side effects – significantly higher VAS pain – postoperative analgesic protocols – individualised treatment of patients – lack of healthcare promotion – affecting early ambulation.	Bjornstad & Reder, 2020; Fassoulaki et al., 2021; Hooda, 2023; Landau et al., 2021; O'Connor et al., 2022; Oommen et al., 2021; Patzkowski et al., 2023
Category II – Breastfeeding support after induced opioid analgesia	Late response to breastfeeding – exposure to opioids and suckling rates – delayed lactogenesis and skin-to-skin – bonding strategies – lower spontaneous suckling rates – lack of healthcare promotion.	Chang et al., 2022; Chao et al., 2019; Fassoulaki et al., 2021; O'Connor et al., 2022; Oommen et al., 2021

### *Category II: Breastfeeding support after induced opioid analgesia*

The findings of the authors of the studies included in this literature review can be summarised as follows. Some research results show that an appropriate theoretical approach and information on pain assessment (praise, encouragement, motivation, integration) in the early stages after caesarean section can increase breastfeeding by up to 45%. Breastfeeding after opioid-assisted pain management is very delicate, and early ambulation, contact with the newborn, and care for the newborn must be achieved. Breastfeeding as an intervention is the most important strategy for mother-newborn bonding in the postnatal period. According to Fassoulaki et al. (2021) and O'Connor et al. (2022) opioid analgesia and the first breastfeeding attempt and its outcomes in the early postcaesarean period depend on the basic nursing activities. Investigating the side effects and outcomes of breastfeeding and newborn care, and comparing opioid exposure to non-opioid exposure, Chang et al. (2022), Chao et al. (2019), and Oommen et al. (2021) demonstrated the impact of opioid use on lower spontaneous suckling rates and difficulties with breastfeeding. In this context, a statistically significant and worrying finding was the decrease in exclusive breastfeeding ( $p < 0.014$ ) and spontaneous suckling ( $p < 0.001$ ) that correlated with opioid analgesic use. Due to delayed lactogenesis, skin-to-skin contact and rooming-in with the newborn were recommended.

## **Discussion**

Before the modernisation and upgrading of the concept of postoperative pain management, opioid analgesia was one of the key modalities of pain management. Modern treatment trends have been deliberately introduced to reduce opioid consumption and facilitate adaptation to the postcaesarean situation. The prevalence of opioid treatment of postcaesarean pain has a significant impact on postcaesarean nursing activities and breastfeeding. As noted by Chao et al. (2019), opioid analgesia causes opioid-induced nausea, vomiting, sedation, and a

higher likelihood of pruritus. Health education and nursing interventions encourage skin-to-skin contact with the newborn and try to initiate the first attempt at breastfeeding as early as possible after caesarean section. We found that although all the studies included in our review aimed to improve the quality of patient care, they mainly focused on meeting physical needs rather than psychological support for successful adjustment to the early postcaesarean period. In the studies by Chang et al., (2022), Chao et al. (2019) and O'Connor et al. (2022), mainly physical deviations in opioid pain management after caesarean section were identified that resulted in nausea, vomiting, sedation, pruritus and a higher likelihood of developing delayed complications such as fatigue and drowsiness indicated by opioids. Loss of sensation and numbness were also reported in approximately 72% of cases.

In most of the populations observed, it was not adequately defined whether the pain treatment was administered for a first or a repeat caesarean section. The results suggest that pain relief after elective caesarean section is inadequate with regard to acute pain management immediately after caesarean section. A more tailored approach may be required to optimise pain management after caesarean section. Additional strategies to reduce the risks of opioid use include multimodal approaches to pain management, using a combination of local pain relief techniques and systematic analgesics for a synergistic analgesic effect. The introduction of the computerised opioid bundle was associated with a reduction in the number of opioids prescribed and opioid consumption during inpatient treatment. The implementation of nursing activities influences confidence and self-assurance in early adjustment. Willingness to cooperate is also mainly related to treatment outcomes in the postcaesarean period. Various studies such as Bjornstad & Reder (2020), Chang et al. (2022), Chao et al. (2019), Fassoulaki et al. (2021), Hooda et al. (2023) and Oommen et al. (2021) have also addressed the issue of lactogenesis and breastfeeding after caesarean section, but have not presented definitive outcomes on breastfeeding in the early postpartum period. They described first attempts and attempts to establish contact with the newborn rather than describing and

defining support in terms of establishing nursing interventions. Dalili et al. (2020), Gianni et al. (2020), Kling Oms Lii et al. (2016), and Zanardo et al. (2010) report that surgery affects postpartum prolactin levels and slows lactation, which may have consequences. Zanardo et al. (2010) consider psychophysical and emotional support for women breastfeeding after a caesarean section to be essential for an effective initiation of breastfeeding after a caesarean section.

Mary et al. (2021) and Wen et al. (2015) state that hospitals designated as breastfeeding-friendly, i.e. hospitals that offer breastfeeding-related interventions, provide women and their newborns with the best opportunities and intentions to support breastfeeding and promote optimal outcomes. These include hospital practices that support breastfeeding intention, professional and appropriate support for breastfeeding initiation, staff who do not formula feed newborns, and community resources that support breastfeeding. Dalili et al. (2020) found that among multiparous patients, promotion of breastfeeding and non-use of formula milk were important hospital practices. Among women who had given birth by caesarean section, breastfeeding initiation and rates of exclusive or any breastfeeding at six months were lower. As argued by Hobbs et al. (2016), a professional approach to supporting nursing interventions ultimately leads to effective breastfeeding.

Our literature review has several advantages. It is one of the few reviews that include the results of breastfeeding attempts after caesarean section in the early postpartum period. Most breastfeeding attempts after caesarean section are made in the early postpartum period, during hospitalisation, which is also a great achievement for the nursing staff. As concluded by Mary et al. (2021), developing suitable interventions to help more women breastfeed requires an understanding of the many factors that influence feeding choices. The benefits of our study suggest that breastfeeding outcomes after caesarean section are based on the doctrine of breastfeeding management according to the current standards and quality at a global level. Gianni et al. (2020) and Kling Oms Lii et al. (2016) agree that there is a notable need to identify interventions aimed at establishing and maintaining exclusive breastfeeding. Future studies should be strengthened by including data on patient-reported outcomes and measuring the initiation and duration of breastfeeding after caesarean section.

Despite the strengths of our survey, there are certain limitations to its results. The first limitation is the inclusion of published literature from 2013 onwards due to advances in the field of pain management after caesarean section. The second limitation is the considerable heterogeneity of the studies included. In most cases, the limitations of the databases mainly emphasise a more medical approach to breastfeeding in terms of lactation. Different approaches, including

initial and subsequent attempts at breastfeeding and meeting the emotional needs of both parties in the postcaesarean period tend to fall under the domain of nursing.

Promoting supportive interventions in the antenatal and postnatal period has a significant impact on breastfeeding in the postcaesarean period. The findings define nursing as recognising the patient's psychophysiological needs and implementing solutions to achieve the set goals, regardless of the expected outcome. Hobbs et al. (2016) linked the implementation of theoretical knowledge to the importance of early skin-to-skin contact. This measure certainly helps with the initiation and outcomes of breastfeeding following a caesarean section. Hospital practices can design precise interventions (timing and modality) to facilitate evaluation of the nursing interventions implemented.

## Conclusion

This literature review emphasises the urgent need for further research, including a more extensive follow-up study on the benefits of non-opioid pain management and subsequent breastfeeding after caesarean section. The review shows a relatively high prevalence of adverse effects with opioid analgesia. Future studies should aim to increase the efficacy of different interventions (combining local pain relief techniques) with non-opioid analgesia to achieve a synergistic analgesic effect. Counselling by healthcare personnel is a key intervention to promote optimal breastfeeding practices after caesarean section. Promotion of optimal breastfeeding outcomes should be ensured across the continuum in different settings.

## Conflict of interest/Nasprotje interesov

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

## Funding/Financiranje

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

## Ethical approval/Etika raziskovanja

The study required no special authorisation from the ethics committee. The study was conducted in accordance with the principles of the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2024)./Raziskava ni potrebovala posebnega dovoljenja komisije za etiko. Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi v Sloveniji (2024).



## Author contribution/Prispevek avtorjev

The first author, under the mentorship of the second author, prepared the conceptual design of the study, conducted a selective literature review, data processing, and evaluation and justification of the results. The second author participated in the management of the content of the theoretical work, confirmed the methodology and evaluated the results. Prvi avtor je pod mentorstvom drugega avtorja pripravil idejno zasnovo, selektivni pregled literature, obdelavo podatkov te evalvacijo in utemeljite rezultatov. Soavtor je sodeloval pri usmerjanju vsebine teoretičnega dela, usmerjal je vsebine teoretičnega dela, potrdil metodologijo ter evalviral prikazane rezultate.

## Literature

- Ahmadi, M., Moosavi, S., Moosavi, M., & Ghasemi Y. (2015). Cessation of exclusive breastfeeding in caesarean section mothers: Need more attention. *American Journal of Medicine and Medical Science*, 5(2), 82–86.  
<http://article.sapub.org/10.5923.j.ajmms.20150502.04.html>
- Brandt Eriksen, M., & Faber Frandsen, T. (2018). The impact of patient, intervention, comparison, outcome (PICO) as a search strategy tool on literature search quality: A systematic review. *Journal of Medical Library Association*, 106(4), 420–431.  
<https://doi.org/10.5195%2Fjmla.2018.345>  
PMid:30271283; PMCID:PMC6148624
- Brown, H. (2020). Opioid management in pregnancy and postpartum. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 421–427.  
<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.04.005>  
PMid:32762927
- Bjornstad, J., & Reder, J. (2020). Post-operative pain after caesarean section. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 140(1), 1–5.  
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0506>
- Boysen, P. G., Patel, J. H., & King, A. N. (2023). Brief history of opioids in perioperative and periprocedural medicine to inform in the future. *Ochsner Journal*, 23(1), 43–49.  
<https://doi.org/10.31486%2Ftoj.22.0065>  
PMid:36936479; PMCID:PMC10016219
- Carvalho, B., & Butwick, A. (2017). Post-caesarean delivery analgesia. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 31(1), 69–79.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpa.2017.01.003>  
PMid:28625307
- Chao, A., Pasca, I., Alschuler, M., Lee, J., Woodfin, M., Pugh, J., Austin, B., Ringer, M., & Ramsingh, D. (2019). Comparison of postoperative opioid consumption and pain scores in primary versus repeat caesarean delivery in opioid naïve patients. *Journal of Clinical Medicine*, 8(12), Article 2221.  
<https://doi.org/10.3390/jcm8122221>  
PMid:31888170; PMCID:PMC6947434
- Chang, C.-Y., Tu, Y.-K., Kao, M.-C., Shih, P.-C., Su, I.-M., Lin, H.-Y., Chien, Y.-J., Wu, M. -Y., Chen, C.-H., & Chen, C.-T. (2022). Effects of opioids administered via intravenous or epidural patient-controlled analgesia after caesarean section: A network meta-analysis of randomised controlled trials. *eClinicalMedicine*, 56(2), Article 101787.  
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101787>  
PMid:36590790; PMCID:PMC9800204
- Cohen S., Alexander D., Krebs N., Young B., Cabana M., Erdmann P., Hays, N. P., Bezold, C. P., Levin-Sparenberg, E., Turini, M., & Saavedra, J. M. (2018). Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: A meta-analysis. *The Journal of Pediatrics*, 203(21), 190–196.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008>  
PMid:30293638
- Dalili, H., Shariat, M., Nayeri, F., Emami, Z., Sahebi, R., & Sahebi, L. (2020). Duration of breastfeeding and maternal-related factors in Iran: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 54(1), 23–30.  
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.04.011>  
PMid:32553476
- Daoust, R., Paquet, J., Cournoyer, A., Piette, E., Morris, J., Lessard, J., Castonguay, V., Williamson, D., & Chauny, J. M. (2020). Side effects from opioids used for acute pain after emergency department discharge. *American Journal of Emergency Medicine*, 38(4), 695–701.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.06.001>  
PMid:31182367
- Fassoulaki, A., Staikou, C., Tsaroucha, A., Micha, G., & Paraskeva, A. (2021). Acute and chronic pain after cesarean delivery under subarachnoid anaesthesia. Is postoperative analgesia adequate: A cohort observational study. *Journal of Clinical Medicine*, 16(1), 41–47.  
<https://doi.org/10.26574%2Fmaedica.2020.16.1.41>  
PMid:34221155; PMCID:PMC8224706
- Gianni, M. L., Lanzani, M., Consales, A., Bestetti, G., Colombo, L., Bettinelli, M. E., Plevani, L., Morniroli, D., Sorrentino, G., Bezze, E., Zanotta, L., Sannino, P., Cavallaro, G., Villamor, E., Marchisio, P., & Mosca, F. (2020). Exploring the emotional breastfeeding experience of first-time mothers: Implications for health support. *Frontiers in Pediatrics*, 8(1), 1–7.  
<https://doi.org/10.3389/fped.2020.00199>  
PMid:32457856; PMCID:PMC7221017
- Harrison, R., Jones, B., Gardner, P., & Lawton, R. (2021). Quality assessment with diverse studies (QuADS): An appraisal tool for methodological and reporting quality in systematic reviews of mixed- or multi-method studies. *BMJ Health Services Research*, 21, Article 144.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06122-y>  
PMid:33588842; PMCID:PMC7885606

- Hobbs, A., Mannion, A., McDonald, S., Brockway, M., & Tough S. (2016). The impact of cesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), Article 90. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1> PMID:27118118; PMCID:PMC4847344
- Hooda, R., Mali, N., Pathak, P., More, H., & Singh, V. (2023). Impact of postoperative pain on early initiation of breastfeeding and ambulation after cesarean section: A randomised trial. *Breastfeeding Medicine*, 18(2), 132–137. <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.0208> PMID:36800334
- Ismail, S., Afshan, G., Monem, A., & Ahmed, A. (2012). Postoperative analgesia following caesarean section: Intravenous patient controlled analgesia versus conventional continuous infusion. *Open Journal of Anesthesiology*, 2(4), 120–126. <http://dx.doi.org/10.4236/ojanes.2012.24028>
- Kling Oms Lii, D. K., Haile, Z., Oms Lii, J. F., & Chertok, I. (2016). Association between method of delivery and exclusive breastfeeding at hospital discharge. *Journal of American Osteopathic Medicine*, 116(7), 430–439. <https://doi.org/10.7556/jaoa.2016.087> PMID:27367948
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije.* (2014). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Komatsu, R., Nash, M., Mandalia, S., Dinges, E., Kamal, U., Singh, D., El-Omrani, H., Anwar, A., Delgado, C., Ziga, T., & Carvalho, B. (2022). In-hospital opioid consumption after the previous cesarean delivery weakly predicts opioid consumption after index delivery: A retrospective cohort study. *Anesthesia & Analgesia*, 134(6), 1280–1287. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000005918> PMID:35130195
- Landau, R., Cavanaugh, P. F., & DiGiorgi, M. (2023). Persistent opioid use after cesarean delivery in the United States of America: A systematic review. *International Journal of Obstetric Anesthesiology*, 54(1), Article 103644. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2023.103644> PMID:37004281
- Landau, R., Romanelli, E., Daoud, B., Shatil, B., Zheng, X., Corradini, B., Aubey, J., Wu, C. Ha, C., & Guglielminotti, J. (2021). Effects of a stepwise opioid-sparing analgesic protocol on in-hospital oxycodone use and discharge prescription after cesarean delivery. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 46(2), 151–156. <http://dx.doi.org/10.1136/rapm-2020-102007> PMID:33172902
- Mary J. F., Sindhuri R., Kumaran A. A., & Dongre A. (2021). Early initiation of breastfeeding and factors associated with its delay among mothers at discharge from a single hospital. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 65(4), 201–218. <https://doi.org/10.3345/cep.2021.00129> PMID:34665960; PMCID:PMC8990951
- O'Connor, A., Smith, J., O'Brien, L., Lamarche, K., Byers, N., & Nichols, S. (2022). Peripartum and postpartum analgesia and pain in women prescribed buprenorphine for opioid use disorder who deliver by cesarean section. *Substance Abuse*, 16(4), Article 16. <https://doi.org/10.1177/11782218221107936> PMID:35754980; PMCID:PMC9218889
- Oommen, H., Oddbjorn Tveit, T., Eskedal, L., Myr, R., Swanson, D., & Vistad, I. (2021). The association between intrapartum opioid fentanyl and early breastfeeding: A prospective observational study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(12), 2294–2302. <https://doi.org/10.1111/aogs.14268> PMID:34622936
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An update guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 371, Article n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71> PMID:33782057; PMCID:PMC8005924
- Patel, K., & Zakowski, M. (2021). Enhanced recovery after cesarean: Current and emerging trends. *Current Anesthesiology Reports*, 11(2), 136–144. <https://doi.org/10.1007%2Fs40140-021-00442-9> PMID:33679253; PMCID:PMC7921280
- Patzkowski, M., Hammondm K., Herrera, G., & Highland, K. (2023). Factors associated with postoperative opioid prescribing after primary elective cesarean section. *Military Medicine*, 188(1/2), 339–342. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab263> PMID:34226932
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Roofthoof, E., Joshi, G.P., Rawal, N., & Van de Velde, M. (2021). PROSPECT guideline for elective caesarean section: Updated systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Anaesthesia*, 76(5), 665–680. <https://doi.org/10.1111/anae.15339> PMID:33370462; PMCID:PMC8048441

- Sangkum, L., Thamjamrassri, T., Arnuntasupakul, V., & Chalacheewa, T. (2021). The current consideration, approach and management in postcesarean delivery pain control: A narrative review. *Anesthesiology Research and Practice*, 2021, Article 2156918.  
<https://doi.org/10.1155/2021/2156918>  
PMid:34589125; PMCID:PMC8476264
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Wolters Kluwer.
- Vila-Candel, R., Martin, A., Escuriet, R., Castro-Sanchez, E., & Soriano-Vidal, F. J. (2020). Analysis of cesarean section rates using the robson classification system at a university hospital in Spain. *International Journal of Environmental Reserach and Public Health*, 17(5), Article 1575.  
<https://doi.org/10.3390%2Fijerph17051575>  
PMid:32121364; PMCID:PMC7084406
- Visic, U., Stopar Pintaric, T., Albreht, T., Blajic, I., & Lucovnik, M. (2021). Multimodal stepwise analgesia for reducing opioid consumption after cesarean delivery. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 48(5), 1162–1166.  
<https://doi.org/10.31083/j.ceog4805186>
- Višić, U., Stopar-Pintarič, T., Blajić, I., Albreht, T., & Lučovnik, M. (2022). Vpliv multimodalne analgezije na samostojnost otročnic pri osebni higieni, skrbi za novorojenčka in dojenja po carskem rezu: retrospektivna kohortna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(3), 194–199.  
<https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.3.3137>
- Wen, L., Hilton, G., & Carvalho, B. (2015). The impact of breastfeeding on postpartum pain after vaginal and caesarean delivery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 27(1), 33–38.  
<https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2014.06.010>  
PMid:25468582
- 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
- Zanardo V., Svegliado G., Cavallin F., Giustardi A., Cosmi E., Pietro L., & Trevisanuto, D. (2010). Elective caesarean delivery: Does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth Issues in Perinatal Care*, 37(4), 275–279.  
<https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00421.x>  
PMid:21083718
- Zipursky, J., Gomes, T., Everett, K., Calzavara A., Paterson, M., Austin, P., Mamdani, M. M., Ray, J. G., & Juurlink, D. N. (2023). Maternal opioid treatment after delivery and risk of adverse infant outcomes: Population based cohort study. *BMJ*, 380, Article 074005.  
<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074005>  
PMid:36921977; PMCID:PMC10015218

---

Cite as/Citirajte kot:

Višić, U., & Lučovnik, M. (2024). Managing postcaesarean section pain with opioid analgesia and the effect on breastfeeding: A literature review. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(3), 185–195. <https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.3.3256>

Pregledni znanstveni članek/Review article

## Vloga diplomirane medicinske sestre pri umetni ventilaciji kritično bolnih pacientov: pregled literature

The role of the registered nurse in artificial ventilation of critically ill patients: A literature review

Marija Štuhec<sup>1,\*</sup>

**Ključne besede:** dihanje; ustna nega; aspiracija; bolečina; gibljivost

**Keywords:** breathing; oral care; aspiration; pain; mobility

<sup>1</sup> Splošna bolnišnica Murska Sobota, Ulica dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota, Slovenija

\* Korespondenčni avtor/  
Corresponding author:  
marijastuhec30@gmail.com

### IZVLEČEK

**Uvod:** Umetno ventilirani kritično bolni pacienti predstavljajo najvišjo stopnjo ranljivosti zaradi nezmožnosti opravljanja osnovnih življenjskih aktivnosti in zahtevajo najvišje standarde zdravstvene nege. Namen pregleda literature je predstaviti vlogo diplomirane medicinske sestre pri umetni ventilaciji kritično bolnih pacientov.

**Metode:** Uporabljen je bil pregled znanstvene literature marca 2022 v podatkovnih bazah PubMed, Cobbis in Sage Journals. Iskanje je potekalo po vnaprej oblikovanih ključnih besedah v angleškem in slovenskem jeziku: dihanje; ustna nega; aspiracija; bolečina; gibljivost. Iskalna strategija je temeljila na vključitvenih kriterijih: polno dostopna besedila, znanstvena revija, recenzirana publikacija, slovenski ali angleški jezik, obdobje 2012–2022. Rezultati so bili analizirani s tematsko analizo.

**Rezultati:** V končno analizo je bilo vključenih 15 od skupno 638 zadetkov. V končno analizo je bilo vključenih pet opazovalnih raziskav, tri presečne raziskave, dve fenomenološki raziskavi, ena vzročno-primerjalna raziskava in štiri sistematični pregledi literature. Izsledki pregleda literature so bili razporejeni v šest kategorij: (1) kakovostna zdravstvena nega, (2) ustna nega, (3) aspiracija, (4) bolečina, (5) komunikacija in (6) gibljivost. **Diskusija in zaključek:** Rezultati kažejo, da je vloga diplomirane medicinske sestre pri umetni ventilaciji kritično bolnih pacientov kompleksna in zahtevna. Od diplomirane medicinske sestre se pričakuje nenehno izobraževanje in prilagajanje trenutnim razmeram, delo v zahtevnih pogojih ter izvajanje postopkov in posegov, ki so pomemben del kakovostne zdravstvene nege.

### ABSTRACT

**Introduction:** Due to their inability to perform basic life activities, artificially ventilated critically ill patients represent the highest level of vulnerability and require the highest standards of nursing care. The aim of this literature review was to examine the role of the registered nurse in the artificial ventilation of critically ill patients.

**Methods:** A review of the scientific literature was conducted in March 2022 in the PubMed, Cobbis and Sage Journals databases. The literature search was based on advanced keywords in English and Slovenian, namely: breathing; oral care; aspiration; pain; mobility. The search strategy was based on the following inclusion criteria: fully accessible texts, scientific journal, peer-reviewed publication, Slovenian or English language, period 2012–2022. The results were analysed using thematic analysis.

**Results:** 15 relevant hits out of a total of 638 were included in the final analysis. The literature review included five observational studies, three cross-sectional studies, two phenomenological studies, one causal-comparative study, and four systematic literature reviews. The results were arranged into six categories: (1) quality nursing care, (2) oral care, (3) aspiration, (4) pain, (5) communication, and (6) mobility.

**Discussion and conclusion:** The results show that the role of a registered nurse in the artificial ventilation of critically ill patients is complex and demanding. A registered nurse is expected to continuously train and adapt to current conditions, work under demanding conditions, and perform procedures and interventions that are an important part of high quality nursing care.



Prejeto/Received: 13. 3. 2022  
Sprejeto/Accepted: 28. 5. 2024

© 2024 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

## Uvod

Zdravstvena nega umetno ventiliranega pacienta je izjemno zahtevna in specifična. Sega od skrbi za vsakodnevne dejavnosti pacienta do izvajanja visoko tehničnih in invazivnih postopkov ter posegov, ki zahtevajo strokovno znanje in veščine (Asmar et al., 2020). Če je mogoče, je končni cilj pomagati pacientu obvladovati življenjsko aktivnost dihanja brez ventilatorja. Vzpostavljanje samostojnega dihanja pri pacientu vključuje aktivnosti diplomirane medicinske sestre, ki sodeluje pri zapleteni oceni pacientovega zdravstvenega stanja in izvajanju specializirane oskrbe. Pri tem je poudarjena potreba po multidisciplinarnem pristopu k oskrbi pacienta (Oren et al., 2019).

Diplomirana medicinska sestra, ki skrbi za umetno ventiliranega, kritično bolnega pacienta, mora biti nenehno seznanjena z najnovejšimi dognanji ter razvijati veščine za varno uporabo novih tehnologij in metod pri oskrbi kritično bolnih pacientov. Sestavni del kakovostne zdravstvene nege je nenehno izobraževanje in uvajanje izboljšav v delo diplomirane medicinske sestre (Lužnik & Šega, 2016). Skrb za umetno ventiliranega pacienta je jedro prakse profesionalne diplomirane medicinske sestre v enoti intenzivne terapije. Pri skrbi za kompleksnega, kritično bolnega pacienta integrira sofisticirano tehnologijo s spremljajočimi psihosocialnimi izzivi in etičnimi konflikti, povezanimi s kritično boleznijo. Kalender Smajlović (2021) med najpogostejšimi etičnimi konflikti navaja dileme, povezane z zdravljenjem in aktivnostmi zdravstvene nege, paliativno oskrbo in organizacijo zdravstvene oskrbe. Med najbolj pogostimi etičnimi načeli se izpostavlja dobronamernost, neškodljivost in avtonomijo kritično bolnih pacientov.

Ključni dejavniki za večjo varnost pacientov in manjše stroške zdravljenja so razmerje med številom umetno ventiliranih kritično bolnih pacientov in številom diplomiranih medicinskih sester, uporaba najnovejše tehnologije, urejenost delovnega okolja in izobraževanje. Boljša izobraženost diplomiranih

medicinskih sester namreč vpliva na kakovost oskrbe umetno ventiliranega kritično bolnega pacienta. Zavedati se moramo pomena uvajanja izboljšav v poučevanje. Elementi kakovostne zdravstvene nege vključujejo uporabo kriterijev za ocenjevanje in discipliniran pristop k načrtovanju in raziskovanju uspešnosti (Oren et al., 2019).

### Namen in cilji

Namen pregleda literature je opisati vlogo diplomirane medicinske sestre pri umetni ventilaciji kritično bolnih pacientov. Cilj je identificirati aktivnosti zdravstvene nege diplomirane medicinske sestre, ki so sestavni in najpomembnejši del obravnave umetno ventiliranih kritično bolnih pacientov. S tem namenom smo razvili raziskovalno vprašanje: Katere so poglobitve aktivnosti diplomirane medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege umetno ventiliranih kritično bolnih pacientov?

## Metode

Izveden je bil pregled literature.

### Metode pregleda

Izvedli smo pregled literature v podatkovnih bazah PubMed, Cobbis in Sage Journal. Uporabili smo ključne besede v slovenščini: »dihanje«; »ustna nega«; »aspiracija«; »bolečina«; »gibljivost« ter v angleščini: »breathing«; »oral care«; »aspiration«; »pain«; »mobility«. Vključitveni kriteriji so bili: članki iz leta 2012 in novejši, angleški in slovenski jezik, polno dostopna besedila in recenzirane publikacije (Tabela 1). V treh krogih smo pregledali zadetke iz mednarodnih podatkovnih baz. Bistvene ugotovitve analize smo oblikovali v 39 kod, skladno z vključitvenimi in izključitvenimi kriteriji. Kode smo v nadaljevanju združevali v kategorije, ki so prikazane v Tabeli 3.

**Tabela 1:** Vključitveni in izključitveni kriteriji

**Table 1:** Inclusion and exclusion criteria

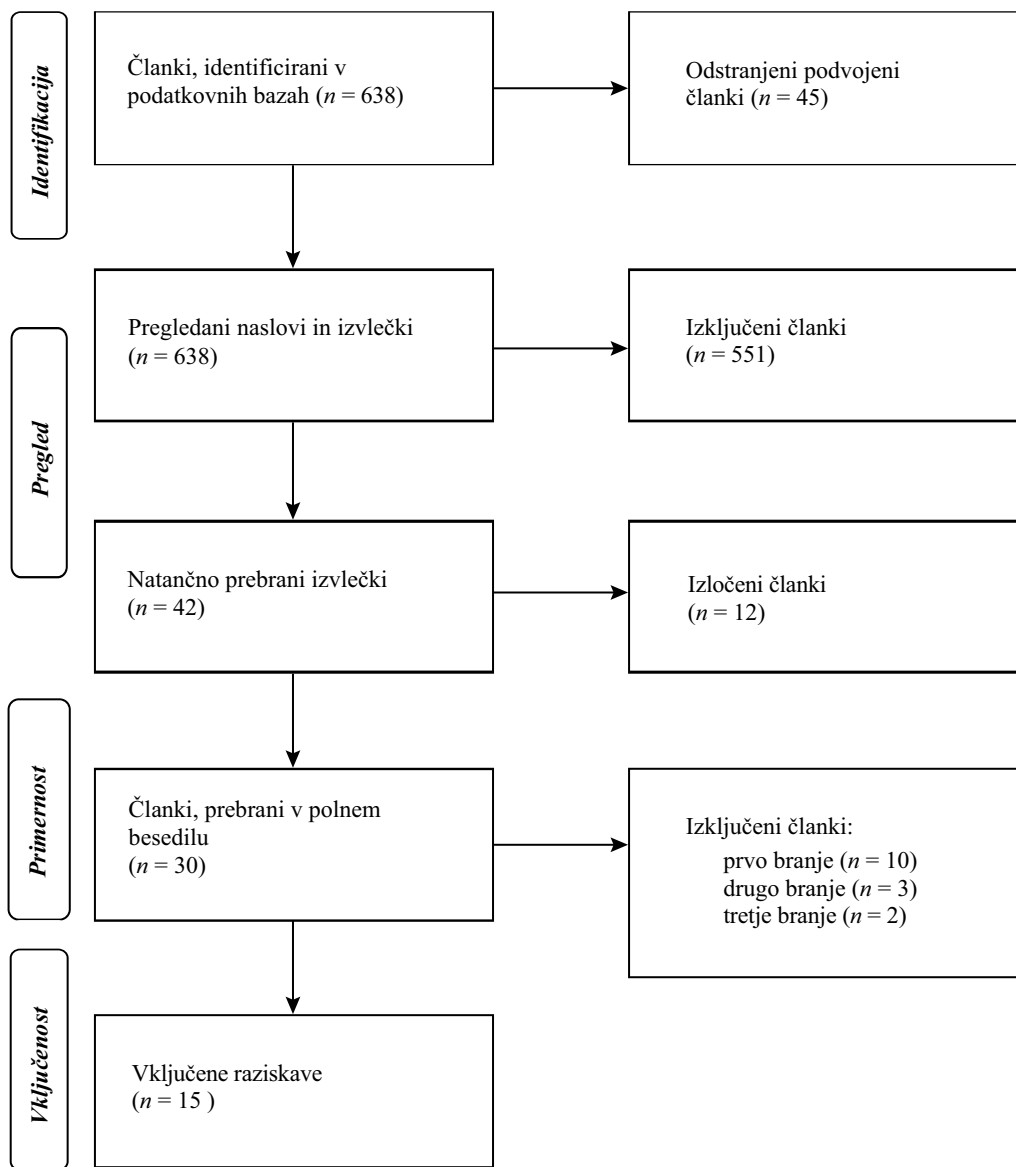
Kriterij/Criteria	Vključitveni kriterij/Inclusion criteria	Izključitveni kriterij/Exclusion criteria
Tema	Obravnava mehansko ventiliranega pacienta na oddelku intenzivne terapije.	/
Vrsta raziskave	Kvantitativna, kvalitativna metodologija, mešane metode.	Uvodniki, komentarji, protokoli, pregledi, poročila.
Populacija	Odrasle osebe, ki so hospitalizirane na oddelkih intenzivne terapije in za vzdrževanje osnovnih življenjskih funkcij potrebujejo umetno ventilacijo.	Odrasle osebe, ki so hospitalizirane izven intenzivnih oddelkov in nimajo ogroženih osnovnih življenjskih funkcij.
Časovni okvir	2012–2022 – najnovejša literatura.	Objavljeno pred letom 2012.
Jezik	Slovenski, angleški.	Drugi jeziki.
Dostop	Polno dostopna besedila.	Nepopolno dostopna besedila.

## Rezultati pregleda

Iz nabora zadetkov ( $n = 638$ ) smo najprej izločili dvojnike ( $n = 45$ ). Po pregledu naslova in izvlečka smo izključili 551 člankov ( $n = 551$ ). Natančno smo prebrali 42 izvlečkov ( $n = 42$ ) in dodatno izključili še 12 člankov ( $n = 12$ ). Tako smo v polnem besedilu prebrali 30 člankov ( $n = 30$ ). Sledilo je prvo, drugo in tretje branje, pri čemer smo dodatno izključili še 15 člankov ( $n = 15$ ). V končno analizo je bilo vključenih 15 raziskav ( $n = 15$ ). Za prikaz poteka pregleda literature smo uporabili pristop PRISMA, ki prikazuje način iskanja literature po bazah podatkov (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta - Analysis*) (Page et al., 2021) (Slika 1).

## Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Preverjali smo moč dokazov izbranih raziskav (Slika 2). V končno analizo smo vključili pet opazovalnih raziskav, tri presečne raziskave, dve fenomenološki raziskavi, eno vzročno-primerjalno raziskavo in štiri sistematične preglede literature. Vključili smo raziskave, ki so obravnavale vlogo diplomirane medicinske sestre pri umetni ventilaciji kritično bolnih pacientov. V treh krogih smo pregledali zadetke iz mednarodnih podatkovnih baz. V prvi fazi smo pregledali naslove. Če se glede na naslov nismo mogli odločiti za vključitev, smo pogledali še izvleček. V drugi fazi smo prebrali izvleček, v tretji fazi pa prebrali celotne raziskave in ocenili njihovo



**Slika 1:** Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA (Page et al., 2021)

**Figure 1:** Results of the literature review based on the PRISMA guidelines (Page et al., 2021)

---

Nivo 1
Sistematični pregled dokazov ( $n = 4$ )
Nivo 2
Posamične randomizirane kontrolirane raziskave ( $n = 0$ )
Nivo 3
Posamične nerandomizirane raziskave (kvaziekperimentalne) ( $n = 0$ )
Nivo 4
Posamične opazovalne raziskave ( $n = 5$ )
Nivo 5
Posamične fenomenološke raziskave ( $n = 2$ )
Nivo 6
Posamezne presečne kvantitativne raziskave ( $n = 3$ )
Nivo 7
Posamične vzročno-primerjalne raziskave ( $n = 1$ )
Nivo 8
Mnenje strokovnjaka, poročila primerov ( $n = 0$ )

---

**Slika 2:** Hierarhija dokazov  
**Figure 2:** Hierarchy of evidence

primernost. 15 raziskav je združevalo rezultate 515 diplomiranih medicinskih sester pri 661 umetno ventiliranih pacientih iz 11 držav. S tematsko analizo smo izvedli analizo podatkov (Booth et al., 2012).

## Rezultati

V Tabeli 2 so prikazane ključne ugotovitve posameznih raziskav s podatki o avtorju, raziskovalni dizajn in vzorec. Na podlagi ključnih ugotovitev so rezultati v nadaljevanju prikazani v šestih vsebinskih kategorijah.

### Kategorija 1: Kakovostna zdravstvena nega

Vse raziskave, vključene v pregled, ugotavljajo, da je za kakovostno zdravstveno nego bistven dober partnerski odnos med diplomirano medicinsko sestro in umetno ventiliranim kritično bolnim pacientom. Njuna komunikacija temelji na uporabi abecede, slikovnega in zvočnega gradiva, upoštevanju pacientovih želja. Izpostavlja se problematika pomanjkanja znanja diplomiranih medicinskih sester za izvajanje zdravstvene nege umetno ventiliranih pacientov. Za izboljšanje varnosti kot pomembnega elementa kakovostne zdravstvene nege se priporoča uvedbo konfiguracijskih zaslonov (Asmar et al., 2020; Drews & Doig, 2013; Marzieh et al., 2019). Kakovostna zdravstvena nega vključuje številne aktivnosti zdravstvene nege umetno ventiliranega kritično bolnega pacienta. V nadaljevanju izpostavljam poglavitne.

### Kategorija 2: Ustna nega

Pomemben element kakovostne zdravstvene nege umetno ventiliranega pacienta predstavlja ustna nega. Več raziskav poudarja pomen izvajanja redne in ustrezne ustne nege vseh umetno ventiliranih

pacientov, kar je povezano tudi s pridobljenim znanjem diplomiranih medicinskih sester (Kimberly & Guido-Sanz, 2019; Sanniya et al., 2020). Učinkovita usta nega, ki vključuje ščetkanje zob, aspiracijo izločka in izpiranje z antiseptikom, je povezana s številnimi dejavniki, kot so nedostopnost javnih smernic, raven znanja zdravstvenih timov ter razmerje med diplomiranimi medicinskimi sestrami in umetno ventiliranimi kritično bolnimi pacienti. Kljub temu da diplomirane medicinske sestre uvrščajo ustno nego med prednostne naloge, so mnoge raziskave ugotovile, da je pojmovana kot težaven postopek in neprijetno opravilo, za katerega jim primanjkuje znanja. Diplomirane medicinske sestre se morajo zavedati tako problema kot preventivnih strategij, temelječih na dokazih, takšne prakse upoštevati in jih vključiti v izvajanje zdravstvene nege. Ena izmed najučinkovitejših praks ustne nege je ščetkanje pacientovih ust s klorheksidinom. Priporočena pogostost izvajanja ustne nege se med raziskavami razlikuje. Nekatere raziskave priporočajo redno izvajanje ustne nege na dve uri, druge na štiri ure. Neustrezno zagotavljanje ustne nege je posledica prepričanja diplomiranih medicinskih sester, da s tem manj prispevajo k zdravju in dobremu počutju pacientov kot z drugimi postopki zdravstvene nege. Izboljšanje znanja glede izvajanja ustne nege pri umetno ventiliranih kritično bolnih pacientih bi diplomiranim medicinskim sestram dalo samozavest pri sprejemanju pravih odločitev, povečalo optimalno oskrbo pacientov in skrajšalo hospitalizacijo (Kimberly & Guido-Sanz, 2019; Lev et al., 2014).

### Kategorija 3: Aspiracija

Sestavni del učinkovite ustne nege umetno ventiliranega pacienta je aspiracija izločka. Raziskave poudarjajo aspiracijo izločka kot pomemben element preprečevanja pljučnih zapletov pri umetno ventiliranih pacientih, ki zmanjšuje tveganje za bronhoaspiracijo, pri čemer je pomemben element kakovostne zdravstvene nege tudi dvig zgolva za najmanj 30 stopinj. Cilj zdravstvene nege umetno ventiliranega kritično bolnega pacienta v polležečem položaju je preprečiti aspiracijo želodčne vsebine. Raziskave so pokazale, da dvig postelje na 45 stopinj zmanjša ventilatorsko pljučnico, priporočljivo je izogibanje ležečemu položaju (Alba et al., 2021; Goni-Viguria et al., 2018; Hellyer et al., 2016).

### Kategorija 4: Bolečina

Za ustrezno obvladovanje bolečine umetno ventiliranega pacienta je ključnega pomena dobro sodelovanje med diplomirano medicinsko sestro in umetno ventiliranim pacientom. Diplomirane medicinske sestre menijo, da je pomanjkanje kliničnih smernic in strukturiranih ukrepov glavni izziv za obvladovanje bolečine pri umetno ventiliranih kritično

**Tabela 2:** Avtor, letnica, namen in tipologija raziskave ter ključne ugotovitve**Table 2:** Author, year, purpose and typology of research and key findings

<i>Avtor, letnica in država/Author, year and country</i>	<i>Namen/Purpose</i>	<i>Tipologija raziskave/Typology of research</i>	<i>Vzorec/Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve/Key findings</i>
Alba et al., 2021 Kolumbija	Proučiti učinkovitost neprekinjene supraglotične aspiracije pri mehansko ventiliranih pacientih.	Fenomenološka raziskava.	Raziskava je potekala v treh fazah: določitev meril, načrtovanje in ocena uporabe.	Neprekinjen supraglotični sesalni sistem lahko zmanjša tveganje za bronhoaspiracijo.
Asmar et al., 2020 Palestina	Oceniti odnos, vedenje in znanje diplomiranih medicinskih sester pri oskrbi kritično bolnih pacientov v javnih in zasebnih bolnišnicah v Palestini.	Presečna raziskava.	V vzorec je bilo vključenih 135 diplomiranih medicinskih sester, ki so delale na enotah intenzivne terapije.	Večina palestinskih diplomiranih medicinskih sester nima ustreznega znanja in strategij za izvajanje zdravstvene nege kritično bolnih pacientov.
Ayasrah, 2016 Jordanija	Preučiti stopnjo bolečine pri mehansko ventiliranih pacientih pred rutinskimi postopki in po njih.	Opazovalna raziskava.	Vzorec 247 mehansko ventiliranih jordanskih pacientov je bil izbran iz enot intenzivne terapije v vojaški bolnišnici.	Zanašanje na spremembe vitalnih znakov kot na primarni indikator bolečine je lahko zavajajoče.
Aziza & Muayyad, 2018 Jordanija	Preučiti razpoložljive dokaze glede obstoječega znanja, veščin, zaznav in ovir za komunikacijo pacientov z invazivno mehansko ventilacijo.	Sistematični pregled literature.	Vključenih je bilo 7 od skupno 78 raziskav, objavljenih od 2010 do 2016.	Obstaja potreba po vzpostavitvi učinkovite komunikacijske strategije med medicinsko sestro in pacientom, ki lahko vključuje določanje načina komunikacije pacienta, čakanje in dajanje časa, kar pacientu omogoči sodelovanje v komunikaciji, potrditev sporočila v komunikaciji med pacientom in medicinsko sestro ter uporabo podporne in razširjene komunikacije, kadar je to potrebno.
Drews & Doig, 2013 Združene države Amerike	Oceniti učinkovitost konfiguracijskih zaslonov za merjenje vitalnih znakov.	Vzročno-primerjalna raziskava.	Sodelovalo je 42 diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih na oddelkih intenzivne terapije.	Uvedba konfiguracijskih zaslonov v klinično spremljanje lahko izboljša varnost pacientov, saj omogoča hitro odkrivanje in identificiranje fiziološkega poslabšanja z grafično predstavitevjo podatkov.
Goñi-Viguria et al., 2018 Španija	Proučiti najučinkovitejše respiratorne metode za preprečevanje in zdravljenje pljučnih zapletov pri pacientih na intenzivni terapiji.	Sistematični pregled literature.	Vključenih je bilo 15 od skupno 136 raziskav, objavljenih v zadnjih 15 letih.	Pri intubiranih pacientih sta ročna hiperinflacija in aspiracija izločka zelo učinkoviti metodi za preprečevanje pljučnih zapletov mehansko ventiliranih pacientov.
Hellyer et al., 2016 Združeno kraljestvo	Preučiti nevarnost za aspiracijsko pljučnico mehansko ventiliranega pacienta glede na položaj vzglavja postelje.	Opazovalna raziskava.	Sodelovalo je 128 mehansko ventiliranih pacientov.	Priporoča se izogibanje ležečemu položaju in dvig vzglavja na najmanj 30 stopinj.
Jinxia et al., 2022 Kitajska	Raziskati znanje in stališča novodiplomiranih medicinskih sester o zgodnji giblivosti mehansko ventiliranih pacientov v bolnišnici v Šanghaju na Kitajskem.	Fenomenološka raziskava.	Sodelovalo je 15 novodiplomiranih medicinskih sester, ki so bile na standardiziranem usposabljanju v enotah intenzivne terapije v treh bolnišnicah v Šanghaju na Kitajskem.	Novodiplomirane medicinske sestre se zelo zavedajo pomena zgodnje giblivosti mehansko ventiliranih pacientov in so jo pripravljene izvajati, vendar jim primanjkuje ustreznega znanja.

Se nadaljuje/Continues



<i>Avtor, letnica in država/Author, year and country</i>	<i>Namen/Purpose</i>	<i>Tipologija raziskave/Typology of research</i>	<i>Vzorec/Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve/Key findings</i>
Kefalotse et al., 2016 Združene države Amerike	Identificirati komunikacijske izzive med diplomirano medicinsko sestro in mehansko ventiliranim pacientom ter s tem možne rešitve za njihovo izboljšanje.	Sistematični pregled literature.	Vključenih je bilo 6 od skupno 56 raziskav, objavljenih v zadnjih desetih letih.	Komunikacijski izzivi vključujejo razvoj veščin in usposabljanje osebja, razvoj ustreznih materialov ali naprav za paciente ter sodelovanje z ustreznimi zdravstvenimi delavci, kot so govorniki in jezikovni terapevti.
Kimberly & Guido-Sanz, 2019 Združene države Amerike	Raziskati trenutne prakse ustne nege pri mehansko ventiliranih pacientih na oddelku za intenzivno terapijo.	Sistematični pregled literature.	Vključenih je bilo 12 od skupno 178 raziskav, objavljenih v zadnjih dvanajstih letih.	Trenutne prakse kažejo, da diplomirane medicinske sestre ne izvajajo redne ustne nege umetno ventiliranim pacientom, čeprav se zavedajo njene pomembnosti.
Lev et al., 2014 Izrael	Primerjati incidenco pljučnice, povezane z ventilatorjem, pacientov, zdravljenih s celovito ustno nego, in pacientov, zdravljenih s konvencionalnimi metodami ustne nege.	Opazovalna raziskava.	Sodelovalo je 90 mehansko ventiliranih pacientov.	Pri ventiliranih pacientih je celoviti režim ustne nege, ki vključuje ščetkanje zob, aspiracijo in izpiranje z antiseptikom, pri preprečevanju pljučnice, povezane z ventilatorjem, učinkovitejši kot bolj običajni protokoli.
Marzieh et al., 2019 Iran	Opisati kakovost odnosa v komunikaciji med diplomirano medicinsko sestro in umetno ventiliranimi pacienti.	Opazovalna raziskava.	Sodelovalo je deset diplomiranih medicinskih sester in 35 pacientov s preprostim naključnim oziroma priročnim vzorčenjem.	Rezultati so pokazali, da komunikacija med medicinskimi sestrami in pacienti z mehansko ventilacijo temelji na tradicionalnih metodah, kot so uporaba abecede, slikovnega in zvočnega gradiva, ter željah pacientov.
Oren et al., 2019 Izrael	Proučiti znanje diplomiranih medicinskih sester o vedenju, ki kaže na bolečino pacientov z mehansko ventilacijo, ter proučiti, kako sodelovanje med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravniki vpliva na ustrezno obvladovanje bolečine.	Presečna raziskava	Sodelovalo je 187 diplomiranih medicinskih sester z oddelkov intenzivne terapije.	Sodelovanje med diplomiranimi medicinskimi sestrami in zdravniki spodbuja ustrezno obvladovanje bolečine umetno ventiliranih kritično bolnih pacientov.
Sanniya et al., 2020 Pakistan	Oceniti znanje in stališča diplomiranih medicinskih sester enote intenzivne terapije glede izvajanja ustne nege mehansko ventiliranih pacientov v štirih bolnišnicah v Pakistanu.	Presečna raziskava.	Sodelovalo je 81 diplomiranih medicinskih sester iz štirih bolnišnic v Pakistanu.	Raven znanja glede izvajanja ustne nege mehansko ventiliranih pacientov je bila pomembno povezana s stopnjo izobrazbe. Prepoznana sta bila ustrezno znanje in odnos med subjekti glede zagotavljanja ustne nege mehansko ventiliranih pacientov.
Sibilla et al., 2017 Švica	Preučiti koristi zgodnje gibljivosti pacientov v enoti za intenzivno terapijo.	Opazovalna raziskava.	Sodelovalo je 161 mehansko ventiliranih pacientov iz 35 enot intenzivne terapije.	Odpravljanje ugotovljenih spremenljivih ovir s strukturiranimi prizadevanji za doseganje multidisciplinarnih sprememb kulture je bistvenega pomena za zmanjšanje običajne uporabe počitka v postelji švicarskih oddelkov za intenzivno nego.

**Tabela 3:** Razporeditev kod po kategorijah**Table 3:** Codes grouped by category

<i>Kategorije in kode/Categories and codes</i>	<i>Avtorji/Authors</i>
Kategorija 1: Kakovostna zdravstvena nega Pomanjkanje znanja, dodatno izobraževanje, uvedba konfiguracijskih zaslonov, partnerski odnos, abeceda, slikovno, gradivo, zvočno gradivo.	Asmar et al., 2020; Drews & Doig, 2013
Kategorija 2: Ustna nega Znanje in odnos, redno in ustrezno ščetkanje zob, aspiracija, izpiranje z antiseptikom, javne smernice, prednostne naloge, težaven postopek, neprijetno opravilo.	Kimberly et al., 2019; Lev et al., 2014; Sanniya et al., 2020
Kategorija 3: Aspiracija Ročna hiperinflacija, aspiracija, supraglotični sistem, dvig vzglavja za 30 stopinj, izogibanje ležečemu položaju.	Alba et al., 2021; Goni-Viguria et al., 2018; Hellyer et al., 2016
Kategorija 4: Bolečina Poznavanje vedenja pacientov, spremembe vitalnih znakov, sodelovanje.	Ayasrah, 2016; Oren et al., 2019
Kategorija 5: Komunikacija Tradicionalne metode, želje pacientov, čakanje in dojetanje sporočila, sodelovanje, potrditev sporočila, ideje, predpostavke, nezadovoljstvo.	Aziza & Muayyad, 2018; Marzieh et al., 2019
Kategorija 6: Gibljivost Zavedanje pomena, odpoved organov, pomanjkanje zdravstvenih delavcev, multidisciplinarni pristop, individualni načrt, akutna rehabilitacija.	Jinxia et al., 2022; Sibilla et al., 2017

bolnih pacientih (Oren et al., 2019). Ob tem pa se ne smemo zanašati na spremembe vitalnih znakov kot na primarni indikator bolečine. Stopnja nenadzorovane bolečine pri umetno ventiliranih kritično bolnih pacientih ostaja visoka. Pacienti na oddelku za intenzivno terapijo občutijo bolečino zaradi več vzrokov, kot so njihovo osnovno zdravstveno stanje, vstavljeni katetri ali cevke ter nepremičnost. Bolečino občutijo tudi zaradi postopkov in posegov zdravstvene nege. Umetno ventilirani kritično bolni pacienti ne morejo verbalno komunicirati, ker so nezavestni, intubirani ter prejemajo pomirjevala, zato je bolečino težje oceniti (Ayasrah, 2016; Oren et al., 2019).

### *Kategorija 5: Komunikacija*

Učinkovita komunikacija je osnovni element zdravstvene nege ter pomemben dejavnik pri ocenjevanju bolečine in drugih simptomov. Izboljšanje komunikacije med diplomirano medicinsko sestro in umetno ventiliranim pacientom vključuje usposabljanje govornih in jezikovnih terapevtov, čakanje in dajanje časa pacientu, potrditev sporočila, uporabo pripomočkov, kot so abeceda, govorne naprave, slikovno gradivo. Neučinkovita komunikacija lahko povzroči nezadovoljstvo umetno ventiliranega kritično bolnega pacienta in diplomirane medicinske sestre. Raziskovalci so poročali, da so diplomirane medicinske sestre v intenzivni terapiji posvetile malo časa komunikaciji s pacientom. Težave in neuspešna komunikacija, kar zmanjšuje tudi njeno količino, je predvsem posledica nezmožnosti verbalnega komuniciranja. Kadar se pacient ne more odzvati na verbalno komunikacijo, diplomirane medicinske sestre pogosto premalo cenijo pogovor z njim, interakcija med diplomirano medicinsko sestro in pacientom pa posledično temelji na idejah, predpostavkah in

prejšnjih predstavah diplomiranih medicinskih sester o neverbalnem vedenju umetno ventiliranih kritično bolnih pacientov (Aziza & Muayyad, 2018; Kefalotse et al., 2016).

### *Kategorija 6: Gibljivost*

Diplomirane medicinske sestre se zavedajo pomena zgodnje gibljivosti umetno ventiliranih pacientov. Priporoča se postopno odpravljanje ovir in povečanje gibljivosti. Trenutna stopnja izvajanja zgodnje gibljivosti umetno ventiliranih pacientov v enotah intenzivne terapije po vsem svetu ni idealna, glavna težava je pomanjkanje zdravstvenih delavcev z ustreznim znanjem. Zgodnja gibljivost je poseg, ki zahteva multidisciplinarno sodelovanje. Za zagotavljanje varnosti pacienta zdravnik oceni in presodi, fizioterapevt pa na podlogi dejanskega stanja pacienta naredi individualni načrt aktivnosti, pri izpolnjevanju katerega mu pomaga oziroma ga vodi diplomirana medicinska sestra. Umetno ventilirani kritično bolni pacienti imajo pogosto mišično oslabelost kot posledico nepremičnosti in slabega zdravstvenega stanja na oddelku za intenzivno terapijo, vendar je vse več dokazov, da je mogoče fizične okvare zmanjšati z zgodnjimi praksami gibljivosti. Zgodnja gibljivost in akutna rehabilitacija sta varni in izvedljivi intervenciji. Izboljšata mišično moč in status gibljivosti ob odpustu z oddelka intenzivne terapije ter povečata verjetnost hoje brez pomoči ob odpustu iz bolnišnice (Jinxia et al., 2022; Sibilla et al., 2017).

## **Diskusija**

Pregled obstoječih dokazov poudarja pomembnost kakovostne zdravstvene nege, ki vključuje visoko stopnjo strokovnosti, zadovoljstvo pacienta, čim manj

tveganj za pacienta, učinkovito izrabo vseh virov in pozitiven vpliv na pacientovo zdravstveno stanje (Else, 2015). Roberts & Wellman (2018) navajata kot pomemben del kakovostne zdravstvene nege umetno ventiliranega pacienta uporabo varnostnih protokolov ventilatorja, kar lahko zmanjša tveganje za poškodbe ali smrt pacienta.

Kakovostna zdravstvena nega umetno ventiliranega pacienta vključuje ustno nego kot pomemben element kakovosti. Izvaja jo diplomirana medicinska sestra enkrat na izmeno, po potrebi pa tudi večkrat (Lužnik & Šega, 2016). Pri tem je pomembno še vlaženje ustne sluznice z vodo in gobicami. Pogostost nege ustne votline in vlaženje ustne votline je treba določiti glede na pacientovo stanje in prisotnost dejavnikov tveganja za ustne zaplete. Pri vseh kritično bolnih pacientih, ki so umetno ventilirani, je treba natančno in sistematično oceniti ustno sluznico. Za preprečevanje okužb ali zapletov med intenzivnim zdravljenjem je pomembno, da diplomirane medicinske sestre, ki delajo v enotah intenzivne terapije, razvijejo in izvajajo ocene ustne nege in protokole ustne nege, ki temeljijo na dokazih (Melek et al., 2013). Mahmoud et al., (2018) so raziskali, da le 65 % diplomiranih medicinskih sester upošteva poseben protokol za ustno nego. Diplomirane medicinske sestre niso upoštevale minimalnih standardov. Čeprav je bil odnos diplomiranih medicinskih sester do ustne nege zelo pozitiven, ga je 68 % zaznalo kot neprijetno opravilo, 29 % pa se jih je strinjalo, da niso bile dovolj usposobljene.

V enotah intenzivne terapije, kjer skrbijo za paciente z umetno ventilacijo, je pljučnica, povezana z ventilatorjem, posledica intubacijskih zapletov in strošek, ki se mu je treba izogniti. Da bi preprečile nastanek pljučnice, povezane z ventilatorjem, so bile bolnišnice proaktivne, tako da so uvedle protokole za ustno nego pacientov z mehansko ventilacijo. Z nedavnim razvojem pandemije SARS-CoV-2 je to opomnik, kako bistveni so protokoli za ustno nego pri preprečevanju pljučnice. Rachel (2020) kot najučinkovitejšo sredstvo za ustno nego navaja uporabo klorheksidina. Diplomirane medicinske sestre, ki so odgovorne za vedno več pacientov, tako zlahka spregledajo naloge, ki se jim ne zdijo bistvene. Avtorji v svojih raziskavah niso našli močnih dokazov, ki bi zagotovili pravo tehniko, natančno frekvenco ali idealne izdelke za ustno nego. Vendar pa lahko ustrezen dvig vzglavja za vsaj 30 stopinj, profilaksa razjede zaradi pritiska, povezanega z ustno nego, in orotrahealna aspiracija zmanjšajo pojavnost pljučnice, povezane z ventilatorjem (Wakiuchi et al., 2014). Avtorici Lužnik & Šega (2016) prav tako navajata dvig vzglavja za 30–40 stopinj, saj s tem zmanjšamo pojavnost pljučnice, povezane z ventilatorjem. Pri preprečevanju zapletov pri umetno ventiliranih pacientih ima 20 % raztopina medu enak učinek kot 0,2 % klorheksidin (Syaukia et al., 2018).

Endotrahealna aspiracija je eden najpogostejših invazivnih posegov, ki jih izvajajo diplomirane

medicinske sestre intenzivne terapije pri pacientih na umetni ventilaciji, da zagotovijo in vzdržujejo ustrezno oksigenacijo, alveolarno ventilacijo in izmenjavo plinov, preprečujejo konsolidacijo pljuč in atelektazo ter zmanjšajo tveganje za respiratorne bolezni. Če se postopek endotrahealne aspiracije ne izvaja pravilno, lahko pride do resnih zapletov, kot so dezaturacija arterij in ven, srčna aritmija, srčni zastoj, atelektaza, bronhospazem, kontaminacija spodnjih dihalnih poti, pljučnica, ki jo povzroča ventilator, anksioznost (Bozan & Guven, 2020). Pacienti s trahealno intubacijo in umetno ventilacijo, ki so nameščeni v ležec vodoravni položaj, so izpostavljeni velikemu tveganju za razvoj pljučnice, povezane z ventilatorjem, zaradi aspiracije želodčnih patogenov (Bassi et al., 2017).

Kombinacija hiperinflacije z umetnim ventilatorjem in tehnika vibrokompresije je v primerjavi z aspiracijo sapnika najučinkovitejša pri povečanju količine aspiriranih izločkov (Naue et al., 2019). Subglotična aspiracija pri različni populaciji pacientov znatno zmanjša pojavnost pljučnice, povezane z ventilatorjem (Scherzer, 2010). Orofaringealna aspiracija učinkovito zmanjša pojavnost pljučnice, povezane z ventilatorjem, in skrajša umetno ventilacijo ter trajanje oskrbe na oddelku za intenzivno terapijo, hkrati pa spodbuja tudi rehabilitacijo pacientov (Linki et al., 2022). Bolečino umetno ventiliranega pacienta ocenjujemo z lestvico VAS (vizualna analogna skala) ali COPT (Critical Care Pain Observation Tool) (Lužnik & Šega, 2016). Pri merjenju bolečine pri pacientih na umetni ventilaciji je CPOT lahko veljaven, zanesljiv in bolj odziven kot lestvica VAS (Arsyawina et al., 2014). Glasbena terapija je kot ena od nefarmakoloških intervencij pripomogla k zmanjševanju bolečine in fizioloških parametrov pri pacientih na umetni ventilaciji (Gopalakrishnan, 2018). Nociceptivni posegi so izredno pogosti na intenzivnih oddelkih; ključnega pomena je opazovanje vedenja kritično bolnih pacientov med temi posegi. Pomembno je stalno spremljanje vitalnih znakov (Afify et al., 2018). Stopnja bolečine je povezana s starostjo, srčnim utripom in diastoličnim krvnim tlakom. Umetno ventilirani pacienti občutijo bolečino med počitkom in med rutinskimi negovalnimi posegi (Manal et al., 2014). Komunikacija z umetno ventiliranim pacientom je otežena. Cilj je doseči učinkovito in najustreznejšo obliko komunikacije. Pacienta vključujemo k aktivnostim zdravstvene nege in ga z njimi tudi seznanjamo. Pripomočki, ki jih pri tem lahko uporabljamo, so abeceda, telesne kretnje, kratka vprašanja (Lužnik & Šega, 2016).

Diplomirane medicinske sestre se zelo zavedajo pomena zgodnje gibljivosti umetno ventiliranih pacientov (Jinxia et al., 2022). Gibljivost med umetno ventilacijo se je pojavila redko z večjo odpovedjo organov, povezano z manjšo mobilizacijo (Sibilla et al., 2017). Zgodnje intervencije in ocene, kot so redni poskusi spontanega dihanja, zgodnja gibljivost in ocena nevrološkega statusa, povečajo kakovost

življenja umetno ventiliranega pacienta in njegove fizične funkcije (Sobota, 2021). Pomanjkanje zgodnje gibljivosti umetno ventiliranih pacientov v intenzivni terapiji je povezano z upadom fizične funkcije, podaljšanim številom dni na ventilatorju, kognitivnimi motnjami in podaljšano hospitalizacijo. Ti povezani dejavniki prispevajo k povečanju tveganja za padce, obolenost in na slabši izid pacienta (Eder, 2019). Zgodnja gibljivost lahko prispeva k hitrejšemu odpustu pacientov, ki potrebujejo umetno ventilacijo (Hideki et al., 2015). Rezultati raziskav se ne osredotočajo vedno na isto sliko in so odvisni od kakovosti zdravstvenih sistemov posameznih držav, izobraževalnega koncepta diplomiranih medicinskih sester ter modelov dela v praksi, zato tudi ne moremo pričakovati enostranskih rezultatov. Vloga diplomirane medicinske sestre pri umetni ventilaciji kritično bolnih pacientov se med državami razlikuje, še posebej če jih primerjamo z rezultati držav izven Evropske unije, kar je odvisno predvsem od organizacije dela v kliničnem okolju.

Kljub širokemu naboru zadetkov je možno, da smo izpustili nekatere aktivnosti zdravstvene nege diplomirane medicinske sestre pri obravnavi umetno ventiliranega kritično bolnega pacienta, kar predstavlja omejitve raziskave. Kakovostna zdravstvena nega umetno ventiliranega kritično bolnega pacienta namreč vključuje številne aktivnosti diplomirane medicinske sestre, tudi take, ki jih naš pregled literature ni zajel.

## Zaključek

Rezultati pregleda literature so pokazali, da je obravnavna mehansko ventiliranega kritično bolnega pacienta v enoti intenzivne terapije visoko zahtevna, zato nujno vključuje multidisciplinarni pristop vseh izvajalcev zdravstvene nege. Kakovostna zdravstvena nega mehansko ventiliranega kritično bolnega pacienta obsega skrb za ustno nego pacienta, aspiracijo, zgodnje prepoznavanje bolečine, ustrezno komunikacijo in zgodnjo gibljivost. Vsaka diplomirana medicinska sestra se mora zavedati, da je urejenost pacienta njeno ogledalo, ki okolici sporoča, kakšen je njen odnos do pacienta, svojcev, njenega dela in ne nazadnje do same sebe.

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

## 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

Avtorica je pripravila raziskovalni predlog, načrt raziskave, izvedla raziskavo in oblikovala besedilo članka./The author prepared the research proposal and the research plan, conducted the research and produced the text of the article.

## Literatura

Alba, R. S., Orlando, A., Diana, C. R., Carlos, F., Reyes, A., Espitia, C., Pizarro, C., Gea, K., Castillo, V. R. & Mauricio, O. (2021). Invention and pilot study of the efficacy and safety of the supratube device in continuous supraglottic aspiration for intubated and mechanically ventilated patients. *Medical Devices*, 14, 287–297.

<https://doi.org/10.2147/MDER.S328485>

PMid:34675695; PMCID:PMC8502029

Afify, N., Warda, Y. M., & Fatma, S. A. (2018). Behavioral and physiological indicators of pain during nociceptive procedures among mechanically ventilated patients at a University Hospital in Cairo. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 47, 1–10.

<https://www.iiste.org/Journals/index.php/JHMN/article/view/41156/42319>

Ayasrah, S. (2016). Care-related pain in critically ill mechanically ventilated patients. *Anaesthesia and Intensive Care*, 44(4), 458–465.

<https://doi.org/10.1177/0310057X1604400412>

PMid:27456175

Aziza, S., & Muayyad, M. A. (2018). Communication with invasive mechanically ventilated patients and the use of alternative devices: Integrative review. *Journal of Research in Nursing*, 23(7), 614–630.

<https://doi.org/10.1177/1744987118785987>

PMid:34394481

Arsyawina, A., Mardiyono, M., & Sarkum, S. (2014). Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) and Wong-baker faces pain rating scale in measuring pain level of patient with mechanical ventilation. *Jurnal Riset Kesehatan*, 3(1), 507–513.

<https://doi.org/10.31983/jrk.v3i1.240>

Bassi, G. L., Aguilera Xiol, E., Pagliara, F., Hua, Y., & Torres, A., (2017). Body position and ventilator-associated pneumonia prevention. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 38(3), 371–380.

<https://doi.org/10.1055/s-0037-1603111>

PMid:28578559

- Bozan, S., & Guven, S. D. (2020). Evaluation of knowledge and behavior of nurses working in intensive care units for endotracheal aspiration application. *Journal of Surgery and Medicine*, 4(4), 296–300.  
<https://doi.org/10.28982/josam.693310>
- Booth, A., Papaioannou, D., & Sutton, A. (2012). *Systematic approaches to a successful literature review*. SAGE Publications.
- Drews, F., & Doig, A. (2013). Evaluation of a configural vital signs display for intensive care unit nurses. *Human Factors*, 6(3), 433–615.  
<https://doi.org/10.1177/0018720813499367>  
PMid:24930176
- Eder, T. (2019). *E-early Mobility of mechanically ventilated adult medical-surgical critical care patients* [DNP Project, University of Maryland]. UMB Digital Archive University of Maryland, Baltimore.  
<http://hdl.handle.net/10713/9503>
- Else, L. (2015). *Lived experiences of professional nurses caring for mechanically ventilated patients* [Masters Thesis, Nelson Mandela Metropolitan University]. South East Academic Library System - SEALS.  
<http://hdl.handle.net/10948/8295>
- Gopalakrishnan, M. (2018). *Effectiveness of music therapy on pain and physiological parameters among patients on mechanical ventilation at KMCH, Coimbatore* [Masters thesis, KMCH College of Nursing, Coimbatore].  
<http://repository-tnmgrmu.ac.in/11579/>
- Goñi-Viguria, E., Yoldi-Arzo, L., Casajús-Sola, T., Aquerreta-Larraya, P., Fernández-Sangil, E., Guzmán-Unamuno, B., & Moyano-Berardo, M. (2018). Respiratory physiotherapy in intensive care unit: Bibliographic review. *Enfermería Intensiva*, 29(4), 168–181.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.03.003>  
PMid:29910086
- Hideki, O., Hideki, K., Makoto, S., Kazuaki, I., Satoshi, F., & Hiroko, S. (2015). Effect of early mobilization on discharge disposition of mechanically ventilated patients. *The Society of Physical Therapy Science*, 27(3), 859–864.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4395731/>  
PMid:25931747
- Hellyer, T., Ewan, V., & Wilson, P. (2016). The Intensive Care Society recommended bundle of interventions for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Journal of the Intensive Care Society*, 17(3), 238–243.  
<https://doi.org/10.1177/1751143716644461>  
PMid:28979497; PMCid:PMC5606527
- Imad, T., Asmar, Belal, M., Alrajoub, Omar, H., Almahmoud, Dina, N., Nakhleh, Sara, I., Makhazeh, & Yazeed, M. (2020). Nurses' attitude, behavior, and knowledge regarding protective lung strategies of mechanically ventilated patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(3), 274–285.  
<https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000312>  
PMid:32433068
- Jinxia, J., Sijia, Z., Peng, H., Qian, W., Yan, S., Xia, D., & Songjuan, Y. (2022). Knowledge, attitude, and perceived barriers of newly graduated registered nurses undergoing standardized training in intensive care unit toward early mobilization of mechanically ventilated patients: A qualitative study in Shanghai. *Frontiers in Public Health*, 9, Article 802524.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.802524>  
PMid:35087787; PMCid:PMC8787086
- Kefalotse, D., Sambulelwe, S., Moleki, M. M., & Thupayagale-Tshweneagae, G. (2016). Exploring communication challenges between nurses and mechanically ventilated patients in the intensive care unit: A structured review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 197–206.  
<https://doi.org/10.1111/wvn.12146>  
PMid:26860230
- Kimberly, P. E., & Guido-Sanz, F. (2019). Oral care practices in non-mechanically ventilated intensive care unit patients: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13/14), 2462–2471.  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14829>  
PMid:30793402
- Kalender, Smajlović, S. (2021). Etične dileme pri izvajanju zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), 157–168.  
<https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.2.222>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*. (2014). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Labuschagne, L. (2014). *Gehalteverpleging van meganiesgeventileerde pasiente* [Master Thesis, University of Johannesburg]. UJC Content.
- Lev, A., Aied, A. S., & Arshed, S. (2014). The effect of different oral hygiene treatments on the occurrence of ventilator associated pneumonia (VAP) in ventilated patients. on the occurrence of ventilator associated pneumonia (VAP) in ventilated patients. *Journal of Infection Prevention*, 16(2), 76–81.  
<https://doi.org/10.1177/1757177414560252>  
PMid:28989405; PMCid:PMC5074176
- Linki, Q., Xiaoxia, G., Chunyan, N., Xin, L., & Miao, Z. (2022). Research on Effects of effects of oropharyngeal aspiration on incidence of ventilator-associated pneumonia in patients with cerebral hemorrhage in ICU. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022(1), Article 6433666.  
<https://doi.org/10.1155/2022/6433666>  
PMid:35087650

- Lužnik, I., & Šega, A. (2016). *Nadzor nad bolnikom na mehanski ventilaciji*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na internistično infektološkem področju.
- Mahmoud, A., Mosleh, S. M., & Habashneh, S. S. (2018). Nurses' perception and attitudes towards oral care practices for mechanically ventilated patients. *Saudi Medical Journal*, 39(4), 379–385. <https://doi.org/10.15537/smj.2018.4.21749> PMID:29619490; PMCID:PMC5938652
- Manal, S., Maysoon, S., Abdalrahim, A. M., Hamdan-Mansour, S., & Shahnaz, M. (2014). Pain among mechanically ventilated patients in critical care units. *Journal of Research in Medical Sciences*, 19(8), 726–732. <https://doaj.org/article/61798a4b298e4f5884c264323ee5598f> PMID:25422657
- Marzieh, M., Mohammadreza, S., Ardakani, F., Dehghan, R., Roya, D., Reza, D., & Azita, J. (2019). Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 37(2), Article e02. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e02> PMID:31487439
- Melek, Y., Zehra, D., & Semiha, A. (2013). Assessment of oral care needs of patients treated at the intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing Volume* 22(19/20), 2734–2747. <https://doi.org/10.1111/jocn.12035> PMID:23534462
- Naue, W. D. S., Herve, B. B., Vieira, F. N., Deponti, G. N., Martins, L. F., Dias, A. S., & Vieira, S. R. R. (2019). Comparison of bronchial hygiene techniques in mechanically ventilated patients: A randomized clinical trial. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(1), 39–46. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190005> PMID:30892477
- Oren, A., Slutsker, E., & Melnikov, S. (2019). Nurses' perceptions of pain management adequacy in mechanically ventilated patients. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15/16), 2946–2952. <https://doi.org/10.1111/jocn.14896> PMID:31013381
- 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 n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71> PMID:33782057; PMCID:PMC8005924
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins
- Rachel, B. (2020). *Oral care and ventilator associated pneumonia prevention*. [Master Thesis, University of Texas at Tyler]. MSN Capstone Projects, 40. <http://hdl.handle.net/10950/2635>
- Roberts, M., & Wellman, A., (2018). *Safety practices used by critical care nurses in the care of patients receiving mechanical ventilation*. [Study, University of Kentucky]. Digital Commons. <https://digitalcommons.murraystate.edu/postersatthecapitol/2008/UK/21/>
- Sanniya, K. G., Arslan, J., Aqsa, C., Abdus, S. K., & Khawaja, J. M. (2020). Knowledge and attitudes of Pakistani intensive care unit nurses regarding oral care delivery to mechanically ventilated patients. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(7), 1203–1208. <https://doi.org/10.5455/jpma.5630> PMID:32799274
- Scherzer, R. (2010). Subglottic secretion aspiration in the prevention of ventilator-associated pneumonia: A review of the literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 29(6), 276–280. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3181f0bfd1> PMID:20940579
- Sibilla, A., Nydahl, P. N., & Greco, N. (2017). Mobilization of mechanically ventilated patients in Switzerland. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(1), 55–62. <https://doi.org/10.1177/0885066617728486> PMID:28847238
- Sobota, M. (2021). *Early mobilization in invasive mechanically ventilated ICU Patients: A quality improvement project* [Dissertation Thesis, Creighton University]. Creighton Digital Repository, ID 991005932846102656 <https://dspace2.creighton.edu/xmlui/handle/10504/129776>
- Syaukia, A., Santoso, B., & Sudirman, S. (2018). The comparison of the effect of honey and chlorhexidine in preventing ventilator associated pneumonia in patients on mechanical ventilator. *Belitung Raya Foundation*, 4(2), 161–167. <https://doi.org/10.33546/bnj.355>
- Wakiuchi, J., Ferreira Fontes, M. C., & Ferreira Papa, M. A., (2014). Higiene oral em pacientes sob ventilação mecânica: Revisão integrativa. *A Revista de Enfermagem UFPE*, 8(7), 2479–2486. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i7a9940p2479-2486-2014>
- 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:

Štuhec, M. (2024). Vloga diplomirane medicinske sestre pri umetni ventilaciji kritično bolnih pacientov: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(3), 196–206. <https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.3.3172>

Pregledni znanstveni članek/Review article

## Potrebe staršev otrok z motnjo avtističnega spektra: pregled literature

The needs of parents of children with autism spectrum disorder: A literature review

Tina Hodaj<sup>1</sup>, Jožica Ramšak Pajk<sup>2,3,\*</sup>

**Ključne besede:** otrok; družina; razvojne motnje

**Key words:** child; family; developmental disorders

<sup>1</sup> Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca, Nova Gorica, Ulica padlih borcev 13 A, 5290 Šempeter pri Gorici, Slovenija

<sup>2</sup> Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova ulica 9, 1000 Ljubljana, Slovenija

<sup>3</sup> Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

\* Korespondenčni avtor/  
Corresponding author:  
jramsakpajk@fzab.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Avtistične motnje so skupina razvojnih motenj z največjim primanjkljajem na področju socialne komunikacije in interakcije. Namen pregleda literature je raziskati in predstaviti težave, s katerimi se soočajo starši otrok z avtistično motnjo.

**Metode:** Uporabljen je bil pristop pregleda tuje in domače literature s pomočjo bibliografskih baz CINAHL, COBISS, PubMed, SpringerLink in brskalnika Google učenjak. Iskalni pojmi so bili: zgodnja obravnava, avtistična motnja, starši, stres, diagnoza oziroma *early intervention*, *autism disorder*, *parents*, *stress* in *diagnosis*. Iskalna strategija je temeljila na vključevalnih kriterijih: objava literature med letoma 2012 in 2022, dostopnost celotnega besedila in slovenski ali angleški jezik besedila.

**Rezultati:** Glede na vključitvene kriterije smo pridobili 31.217 zadetkov, v končno analizo pa vključili 13 virov. Rezultati so pokazali štiri kategorije: negativna čustva in občutki, ki jih doživljajo starši otrok z avtistično motnjo; prepreke staršev otrok z avtistično motnjo; podpora staršem otrok z avtistično motnjo ter želje in potrebe staršev otrok z avtistično motnjo.

**Diskusija in zaključek:** Starši otrok z avtistično motnjo se soočajo s številnimi negativnimi čustvi in občutki, kot so preobremenjenost, strah, tesnoba, izčrpanost, nerazumevanje, doživljanje preprek pri iskanju informacij in podpore. Zgodnje diagnosticiranje avtistične motnje pri otroku in s tem zgodnji pristop do potrebnih storitev lahko izboljšata rezultate pri otroku, zmanjšata finančne stroške in izboljšata obvladanje stresa pri starših.

### ABSTRACT

**Introduction:** Autism spectrum disorders represent a category of developmental disorders characterised by severe deficits in social communication and interaction. The aim of this literature review was to examine the obstacles encountered by parents raising children with autism spectrum disorders.

**Methods:** Methodologically, this study represents a literature review entailing a comprehensive search of multiple databases, including CINAHL, COBISS, PubMed, SpringerLink, and Google Scholar. We used the following keywords to generate the search query: "early intervention", "autism disorder", "parents", "stress", and "diagnosis". The search protocol adhered to specific inclusion criteria, which included the following parameters: publication date between 2012 and 2022, availability of full-text articles, and text in Slovenian or English.

**Results:** From a total of 31217 hits that met the inclusion criteria, 14 studies were selected for the final review. The results of the review were classified into four distinct categories: (1) emotional challenges experienced by parents raising children with autism spectrum disorders, (2) obstacles faced by these parents, (3) support for parents in overcoming these challenges, and (3) aspirations and requirements expressed by parents of children with autism spectrum disorders.

**Discussion and conclusion:** Parents caring for children with autism spectrum disorders struggle with a range of adverse emotions and sentiments, which include but are not limited to feeling overwhelmed, scared, anxious, tired, misunderstood, and encountering obstacles when seeking information and support. Timely diagnosis of an autism spectrum disorder in a child and access to the necessary services can yield several benefits, such as promoting the child's developmental progress, mitigating financial burdens, and fostering better coping mechanisms for parental stress.



Prejeto/Received: 3. 6. 2023  
Sprejeto/Accepted: 29. 7. 2024

© 2024 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

## Uvod

Motnje avtističnega spektra so razvojne motnje, ki posegajo na vsa področja funkcioniranja otroka (Schmidt et al., 2017). Tako v Sloveniji kot v svetu je opažen trend naraščanja avtističnih motenj. Raziskave kažejo, da slednje naraščajo najhitreje med vsemi razvojnimi motnjami. Eno izmed avtističnih motenj ima skoraj 1 % otrok z motnjami v razvoju. V zadnjih desetih letih je pogostost narasla od pet- do desetkrat (Werdoning, 2019). Ameriški avtorji (Maenner et al., 2023) navajajo, da je imel v letu 2020 avtistično motnjo vsak 36. otrok, glede na podatke dve leti prej vsak 44. otrok. Jurišič (2021) navaja, da ima avtistično motnjo eden od 54 otrok in da je štirikrat pogostejša med dečki kot deklicami. Motnja avtističnega spektra se pri različnih osebah kaže na različne načine (Schmidt et al., 2017). Osebe z avtistično motnjo imajo veliko skupnih značilnosti, hkrati pa med njimi obstajajo oblike razlike. Pomembno je, da se začnejo težave obravnavati čim prej, saj učinki zgodnje obravnave pomembno prispevajo k boljšemu izidu in kakovosti življenja celotne družine (Jurišič, 2016, p. 20; Sapiets et al., 2021). Zgodnja diagnoza pri otroku staršem omogoči, da dobijo ustrezne informacije in pomoč, ki jo potrebujejo (Jurišič, 2016).

Glavna področja, na katerih imajo posamezniki z avtističnimi motnjami težave, so socialna komunikacija, socialna interakcija in težave na področju fleksibilnosti mišljenja. Prav tako so z avtistično motnjo povezani odvisnost od rutine, senzorna občutljivost, posebni interesi in učne težave (Svetovalnica za avtizem, 2016). Družina kot celota potrebuje podporo in pomoč, ki je individualno prilagojena vsakemu posamezniku in obdobju, v katerem se nahaja (Bezenšek, 2019). Podpora in pomoč sta potrebni na različnih področjih, od osnovnih informacij do čustvene podpore. Pomoč mora biti celostna in individualna, starši naj bodo enakopraven član tima. Potrebno je spremljanje skozi celotno življenje (Schmidt et al., 2017). V Sloveniji je sprejet zakon (Zakon o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami, 2017), v katerem je opredeljeno: »Celostna zgodnja obravnava otrok s posebnimi potrebami in otrok z rizičnimi dejavniki v predšolskem obdobju obsega obravnave

otroka in njegove družine v predšolskem obdobju z namenom, da se zagotovi in spodbudi otrokov razvoj, okrepi zmogljivost družine ter spodbudi socialno vključenost družine in otroka.« V Zakonu o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami so opredeljeni izvajalci zgodnje obravnave, storitve, ki jih izvajajo, organiziranost centrov, določitev multidisciplinarnega tima, vsebina individualnega načrta pomoči, oblike pomoči in drugo (Zakon o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami, 2017).

Družine otrok z avtistično motnjo doživljajo stres in se soočajo s številnimi izzivi, med katerimi so spremembe v ekonomskem statusu zaradi intenzivnega ukvarjanja z otrokom (Jurišič, 2021; Schmidt et al., 2017), soočanje z vplivi in odzivi okolice (Medved, 2019), medosebnimi odnosi v družini (Schmidt et al., 2017), izolacijo in stigmo (Bravo-Benitez et al., 2019) ter dostopnost in pomoč različnih strokovnih služb in vključevanje lokalnih skupnosti (Bezenšek, 2019; Jurišič, 2021).

### Namen in cilji

Namen pregleda literature je raziskati in analizirati obstoječo literaturo s področja problematike in težav, s katerimi se soočajo starši otrok z avtistično motnjo. Cilj raziskave je ugotoviti, s katerimi problemi se spopadajo starši otrok z avtistično motnjo in kako ti problemi vplivajo na njihova življenja. Zastavili smo si naslednje raziskovalno vprašanje: S kakšnimi problemi se soočajo starši otrok z avtistično motnjo?

## Metode

Izveden je bil pregled literature s področja raziskovalne tematike in v skladu z upoštevanjem smernic PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Moher et al., 2015).

### Metode pregleda

Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah CINAHL, COBISS, PubMed, Springer Link in v brskalniku Google učenjak. Literaturo smo iskali z naslednjimi

**Tabela 1:** Vključitveni in izključitveni kriteriji

**Table 1:** Inclusion and exclusion criteria

Kriteriji/ Criteria	Vključitveni kriteriji/ Inclusion criteria	Izključitveni kriteriji/ Exclusion criteria
Tema	Zgodnja obravnava, avtistične motnje, starši, stres, diagnoza, <i>early intervention</i> , <i>autistic disorder</i> , <i>parents</i> , <i>stress in diagnosis</i> .	/
Vrsta raziskave	Kvantitativne, kvalitativne in mešane metode.	Komentarji, uvodniki, pisma uredniku, komentarji.
Populacija	Starši otroka z avtistično motnjo.	Ostale osebe.
Časovni okvir	Januar 2012 in novejši.	Objavljeno pred januarjem 2012.
Jezik	Angleški in slovenski.	Drugi jeziki.



ključnimi besedami: zgodnja obravnava, avtistične motnje, starši, stres, diagnoza, *parents*, *autism*, *early intervention* in s kombinacijami ključnih besed, povezanih z Boolovim operaterjem »AND«: (*parent\**) AND (*autism OR ASD*) AND (*early intervention*). V PubMedu smo ključne besede nizali brez Boolovih operaterjev, v podatkovnih bazah CINAHL in SpringerLink smo uporabili Boolov operater »AND«. Iskanje literature je potekalo od januarja do aprila 2022. Pri pregledu relevantne literature smo upoštevali vključitvene in izključitvene kriterije, ki so prikazani v Tabeli 1. Glede primernosti za vključitev v pregled smo pri posameznih zadetkih najprej natančno pregledali naslove. Po izločitvi v prvem delu smo nato prebrali izvlečke. Sledilo je branje člankov in ocena primernosti njihove vključitve.

### Rezultati pregleda

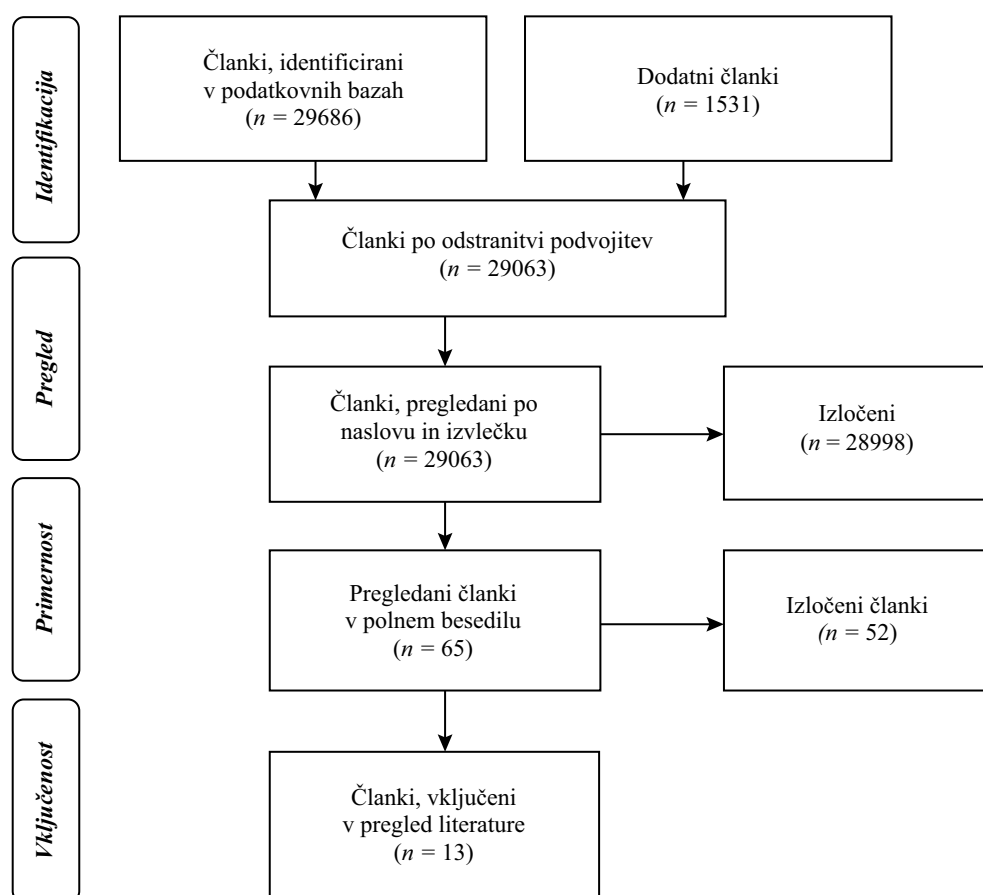
Z iskanjem po bazah podatkov smo identificirali 31.217 zadetkov. Po odstranitvi 28.998 tematsko neustreznih zadetkov je ostalo 65 zadetkov. V naslednjem koraku smo na osnovi kriterija vsebinske

ustreznosti izključili še 50 člankov. V končno analizo pregleda literature je tako vključenih 13 člankov. Proces izbire in vključevanja člankov je prikazan s pomočjo diagrama PRISMA (ang. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Moher et al., 2015) (Slika 1).

### Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Vključeno literaturo smo razvrstili glede na hierarhijo dokazov po avtorjih Polit & Beck (2018). Vključili smo sedem sistematičnih pregledov raziskav, eno prospektivno kohortno raziskavo, eno presečno raziskavo in štiri kvalitativne raziskave. Glede na državo so vključeni štiri članki iz Združenih držav Amerike, trije iz Slovenije in po en članek iz Kanade, Irske, Velike Britanije, Koreje, Afrike, Indonezije. Za oceno kakovosti vključenih člankov smo uporabili orodje CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*, 2018). Uporabili smo vprašalnika orodja CASP za sistematični pregled in kvalitativne raziskave.

Analizo virov smo izvedli po principu kvalitativne vsebinske analize. Uporabili smo tehniko odprtega



**Slika 1:** Diagram PRISMA (Moher et al., 2015)

**Figure 1:** PRISMA flow chart (Moher et al., 2015)

kodiranja in posledično oblikovanje vsebinskih kategorij. Iskali smo ključno vsebino, ki je povezana z našimi cilji glede na aktualnost in vsebinsko relevantnost. Ključni izbrani vsebini smo v procesu kodiranja dodali pomensko podobne kode, ki smo jih kategorizirali v nadaljevanju (Vogrinc, 2013). Ugotovitve smo interpretirali glede na prepoznane kategorije.

## Rezultati

V Tabeli 2 so prikazana ključna spoznanja iz posameznega vira s podatki o avtorju, raziskovalnem dizajnu in vzorcu. Na podlagi ključnih spoznanj so nadaljnji rezultati prikazani v štirih kategorijah: negativna čustva in občutki, ki jih doživljajo starši otrok z avtistično motnjo, prepreke staršev otrok z avtistično motnjo, podpora staršem otrok z avtistično motnjo ter želje in potrebe staršev otrok z avtistično motnjo.

Identificirali smo 74 kod, ki smo jih glede na vsebinske povezave združili v štiri kategorije:

- negativna čustva in občutki, ki jih doživljajo starši otrok z avtistično motnjo;
- prepreke za starše otrok z avtistično motnjo;
- podpora staršem otrok z avtistično motnjo;
- želje in potrebe staršev otrok z avtistično motnjo.

V nadaljevanju je predstavljena sinteza spoznanj analize literature po posameznih kategorijah.

### *Negativna čustva in občutki, ki jih doživljajo starši otrok z avtistično motnjo*

Starši otrok z avtistično motnjo poročajo o različnih negativnih čustvenih odzivih na diagnozo in izzive, s katerimi se soočajo na določenih stopnjah razvoja družine. Stres se začne, ko se starši trudijo razumeti zahtevne vedenjske in komunikacijske težave svojega otroka (Bonis, 2016). Starši čutijo, da so osamljeni, izgubljeni in nevedni (Medved, 2019). V številnih raziskavah (Brei et al., 2015; Bonis, 2016; Cooke et al., 2020; DePape & Lindsay, 2015; Galpin et al., 2018; Jarc, 2018; Rehberger, 2018; Wilson & Peterson, 2018) ugotavljajo, da visoka raven stresa, ki ga doživljajo starši, negativno vpliva na njihovo sposobnost učinkovitega obvladovanja otrokovih potreb. Le ena raziskava (Brei et al., 2015) ugotavlja, da starši otrok z diagnozo avtistične motnje niso bili deležni večjega stresa kot starši otrok brez diagnoze avtistične motnje, vendar navajajo potrebe po dodatnih raziskavah. Starše skrbi tudi za finance. Starši, ki ostanejo zaposleni, težko usklajujejo delo in skrb za otroka (Goh et al., 2021). Počutijo se nepodprte in poročajo o občutku krivde, ker niso imeli sredstev, da bi njihov otrok prejel podporo (Galpin et al., 2018). Raziskave (An, 2017; Bonis, 2016; DePape & Lindsay, 2015; Galpin et al., 2018; Goh et al., 2021; Jarc, 2019; Medved, 2019; Reddy et al., 2019) izpostavljajo problem stigmatizacije.

### *Prepreke za starše otrok z avtistično motnjo*

Starši se ne počutijo kot del skupnosti, menijo, da širša javnost ne razume, kaj pomeni avtistična motnja (Bonis, 2016; Cooke et al., 2020; DePape & Lindsay, 2015; Galpin et al., 2018; Goh et al., 2021; Medved, 2019; Reddy et al., 2019; Rehberger, 2018). Za družine z nizkim socialno-ekonomskim statusom je večja verjetnost, da bodo imele manjši dostop do oskrbe (Zwaigenbaum et al., 2015). Diagnosticiranje avtistične motnje (Reddy et al., 2019) v javnem sektorju je dolgotrajnejše kot v javnem sektorju. Starši ne čutijo vključenosti v proces sodelovanja s strokovnjaki, kar ustvarja občutek prepuščenosti samemu sebi (Medved, 2019). Ovire se kažejo na sistemski ravni, kot sta pomanjkanje informacij za pomoč staršem in pomanjkanje splošnih podpornih storitev za otroke z avtistično motnjo (Cooke et al., 2020; DePape & Lindsay, 2015; Galpin et al., 2018; Jarc, 2019; Medved, 2019; Rehberger, 2018). Starši ne občutijo podpore (An, 2017; Galpin et al., 2018; Rehberger, 2018) in pogrešajo osredotočenost na celotno družino (Galpin et al., 2018; Wilson & Peterson, 2018). Problem predstavlja tudi nedostopnost, ponudba je osredotočena na večja mesta (DePape & Lindsay, 2015; Jarc, 2019; Medved, 2019). Prav tako je s potrebo po predahu, ki jo starši izpostavljajo kot pomembno (Bonis, 2016; Cooke et al., 2020; Galpin et al., 2018; Reddy et al., 2019). Vendar je do oddiha težko priti zaradi časovnega in finančnega bremena (Bonis, 2016; Cooke et al., 2020). Starši morajo popolnoma prilagoditi družinsko življenje, kar vpliva na vsakdanje življenje, finance, kariero, zakonce in sorojence (DePape & Lindsay, 2015; Goh et al., 2021; Medved, 2019; Reddy et al., 2019).

### *Podpora staršem otrok z avtistično motnjo*

Za starše je pomembno, da pridobijo novo znanje in večine (DePape & Lindsay, 2015; Jarc, 2018; Reddy et al., 2019). Potrebno je skrbno načrtovanje (Goh et al., 2021; Medved, 2019), pri čemer se starši naučijo ustreznih tehnik upravljanja potencialno škodljivih situacij in odzive vnaprej oblikujejo ter prilagodijo otroku (DePape & Lindsay, 2015; Reddy et al., 2019). Starši iščejo informacije po internetu, pri zdravstvenih delavcih in drugih strokovnjakih, vključujejo se v različne terapevtske programe (DePape & Lindsay, 2015; Goh et al., 2021; Jarc, 2018; Reddy et al., 2019; Rehberger, 2018) in skupine za podporo, kjer srečajo starše s podobnimi izkušnjami in razvijajo sistem medsebojne pomoči (Bonis, 2016; Galpin et al., 2018; Goh et al., 2021; Jarc, 2018; Medved, 2019; Reddy et al., 2019). Največ podpore so starši dobili v razširjeni družini (Cooke et al., 2020; Goh et al., 2021; Medved, 2019). Le v dveh raziskavah (An, 2017; Reddy et al., 2019) poročajo, da so se odnosi s širšo družino spremenili na slabše. Tudi programi za izobraževanje oziroma usposabljanje staršev so se pri pomoči

**Tabela 2:** Avtorji, raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja

**Table 2:** Authors, research design, sample and key insights

<i>Avtor/ Author</i>	<i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i>	<i>Vzorec/ Sample</i>	<i>Ključna spoznanja/ Key insights</i>
An, 2017	Mešana raziskovalna zasnova - anketa, polstrukturiran intervju, pregled dokumentacije.	$n = 4$ skrbniki otrok z avtistično motnjo (3 mame in 1 babica)	Rezultati raziskave so pokazali pozitivne spremembe tako v uspešnosti kot v zadovoljstvu otrok in staršev. S starševskim usposabljanjem se je občutek preobremenjenosti in stresa v interakciji z otrokom precej zmanjšal. Starši so ugotovili, kako lahko izboljšajo kakovost svojega in otrokovega življenja.
Bonis, 2016	Pregled literature.	$n = 132$ vključenih virov	Glavne ugotovitve in priporočila raziskave so: zgodnja diagnoza avtistične motnje pri otroku, dostop do storitev, podpora za obvladovanje stresa staršev in soodločanje staršev pri storitvah. Starši potrebujejo strokovno vodstvo, znanje, kako skrbeti za otroka, ter čustveno in socialno podporo.
Brei et al., 2015	Kvantitativna raziskovalna zasnova - prospektivna kohortna raziskava.	$n = 40$ otrok, ki so bili skupaj s starši napoteni k psihologu zaradi možne motnje avtističnega spektra	Vsi so bili predhodno napoteni na oceno avtizma zaradi težavnega vedenja. Avtorji niso zaznali pomembne razlike v stresu pri starših med skupinama. Ugotovitve kažejo, da poročanje staršev o simptomih, povezanih z avtizmom, bistveno ne napoveduje stresa. Boljši napovedovalec stresa je problematično vedenje otroka.
Cooke et al., 2020	Sistematični pregled literature - metaagregativni pristop	$n = 7$ vključenih virov	Pregled literature je sintetiziral razpoložljive dokaze o dostopu do oskrbe za različne možnosti razbremenitve z vidika staršev otrok z avtistično motnjo. Pri tem prepoznavajo številne ovire in potrebe po razvoju tovrstnih storitev za starše. Avtorji so ugotovili, da obstaja povezava med zmožnostjo staršev, da si vzamejo čas za oddih, in stopnjo stresa.
DePape & Lindsay, 2015	Pregled literature.	$n = 31$ vključenih virov kvalitativnih raziskav, ki so skupaj vključevale 160 očetov in 425 mater	Številni starši so poročali o fizičnih, čustvenih in kognitivnih primanjkljajih ter stresu. Ugotovitve pregleda poudarjajo pomen razvoja programov storitev in podpore za starše ter zdravstvene delavce, še posebej v zgodnji fazi obravnave in postavljanja diagnoze avtistične motnje.
Galpin et al., 2018	Mešana raziskovalna zasnova - anketa in polstrukturiran intervju.	$n = 139$ staršev otrok z avtistično motnjo $n = 17$ staršev (podskupina)	Raziskava je identificirala, da starši največji delež podpore prejemajo s strani življenjskih partnerjev, nato družinskih članov in nato prijateljev. Starši v obstoječem podpornem okviru prepoznavajo pomanjkanje celovite družinske osredotočenosti in menijo, da bi bilo smiselno vzpostaviti dodatno podporo, prilagojeno potrebam celotne družine.
Goh et al., 2021	Kvalitativna raziskovalna zasnova - polstrukturiran intervju.	$n = 13$ staršev otrok z avtistično motnjo	Starši se soočajo s kompleksnimi izzivi, med katerimi izstopajo čustveno prilagajanje situaciji, sprememba življenjskega sloga, spopadanje z ovirami in potrebami po informacijski in čustveni podpori. Ugotovitve kažejo na potrebo po izboljšanju zdravstvene in socialne politike ter zagotavljanju informacij staršem.
Jarc, 2019	Kvalitativna raziskovalna zasnova - polstrukturiran intervju.	$n = 11$ staršev otrok z avtistično motnjo	Avtorica ugotavlja, da starši največ sprememb opazijo pri razvoju otroka v predšolskem obdobju, njihovo soočanje je odvisno od težavnosti avtistične motnje. Starši podporo v največji meri dobijo od staršev, starih staršev in prijateljev. Raziskava še ugotavlja, da je izkušnja staršev glede pridobivanja informacij različna, nekateri so izrazili zadovoljstvo, drugi pomanjkanje informacij.
Medved, 2019	Kvalitativna raziskovalna zasnova - polstrukturiran intervju.	$n = 7$ parov staršev (7 mam in 7 očetov)	Avtorica v raziskavi ugotavlja, da starši otrok z avtistično motnjo v začetni fazi procesa diagnosticiranja kljub svoji želji niso bili aktivno vključeni v obravnavo, niti v njej niso poglobljeno sodelovali. Izsledki izpostavljajo še nepoznavanje avtistične motnje med strokovnim osebjem, nefleksibilnost, slabo finančno podporo in razdrobljenost ter nepovezanost strokovnega osebja.
Reddy et al., 2019	Kvalitativna raziskovalna zasnova - polstrukturiran intervju.	$n = 8$ staršev otrok z avtistično motnjo	Raziskava ugotavlja, da je proces postavitve diagnoze avtistične motnje dolgotrajen in za starše čustveno naporen, saj vpliva na njihov način življenja. Avtorji še navajajo, da je finančna zmogljivost staršev povezana z vključitvijo v obravnavo. Izpostavljajo pomanjkljivo podporo strokovnega osebja staršem.

<i>Avtor/ Author</i>	<i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i>	<i>Vzorec/ Sample</i>	<i>Ključna spoznanja/ Key insights</i>
Rehberger, 2018	Pregled literature.	$n = 45$ vključenih virov	Avtorica ugotavlja, da je sodelovanje in zaupanje med starši in strokovnjaki izredno pomembno. Izpostavlja pomen zgodnje obravnave, ki mora biti sistemsko urejena in osredotočena tako na otroka kot družino. Poudarja pomen izobraževanja in opolnomočenja staršev glede ravnanja z otrokom. Oboje pomembno vpliva na družinsko dinamiko.
Wilson & Peterson, 2018	Pregled literature.	$n = 29$ vključenih virov (14 kvantitativnih raziskav, 9 kvalitativnih raziskav in 6 ostalih)	Avtorici ugotavljata dejavnike, ki vplivajo na obravnavo: otrokovo vedenje in komunikacija pri obiskih zdravnika, način in pristop k obravnavi, številno zdravstveno osebje, zahtevne intervencije ter medsebojna komunikacija med starši in zdravstvenim osebjem. Ugotovitve izpostavljajo še pomanjkljivo znanje zdravstvenega osebja, način komunikacije in razumevanje celotne situacije staršev, zato predlagajo oblikovanje smernic in izobraževanje zdravstvenih delavcev. Kaže se tudi potreba po intervencijskih raziskavah.
Zwaigenbaum et al., 2015	Pregled literature.	$n = 25$ vključenih virov (kriterij vključenosti: obravnava otrok z motnjami avtističnega spektra pri otrocih, mlajših od 3 let).	Avtorji ugotavljajo, da je potrebno zgodnje intenzivno obravnavanje in vključitev celostnega vedenjskega ter razvojnega pristopa. Izpostavljajo prednosti modelov individualne obravnave, osredotočanje tako na otroka kot na družino, upoštevanje socialnega, ekonomskega in kulturnega statusa družine. Poudarjajo še pomen aktivnega sodelovanja s starši, ki ima pozitiven vpliv tako na razvoj otroka kot na starše.

*Legenda/Legend: n – number/število*

slednjim izkazali za učinkovite (An, 2017; Bonis, 2016; Galpin et al., 2018).

### *Želje in potrebe staršev otrok z avtistično motnjo*

Starši potrebujejo čustveno in socialno oporo. Želijo si boljše informiranost, izražajo potrebo po pravočasnih in izčrpnih informacijah iz zanesljivih virov (Galpin et al., 2018; Goh et al., 2021; Jarc, 2019), dostopno pomoč v lokalni skupnosti in strokovne usmeritve pri odločanju med različnimi oblikami pomoči (Jarc, 2018; Medved, 2019; Rehberger, 2018). Izpostavljajo potrebo po hitrejšem postopku diagnosticiranja avtistične motnje, spremljanju otroka daljše časovno obdobje, usklajenem delovanju različnih strokovnih služb in izmenjavanju informacij med njimi ter komunikaciji med starši in strokovnjaki (Jarc, 2018; Wilson & Peterson, 2018). V raziskavah (Jarc, 2018; Medved, 2019; Rehberger, 2018; Reddy et al., 2019; Zwaigenbaum et al., 2015) ugotavljajo, da je ključnega pomena zgodnja obravnava, katere načela so dostopnost, krajevna bližina, cenovna dostopnost, interdisciplinarno delo, raznolikost služb in storitev ter timsko delo.

## **Diskusija**

Na osnovi pregleda literature ugotavljamo, da se starši otrok z avtistično motnjo soočajo s številnimi negativnimi čustvi in občutki, kot so preobremenjenost, strah, tesnoba, izčrpanost, nerazumevanje, izoliranost, odtujenost, zaskrbljenost, nemoč, krivda, negotovost, žalost, obup, osamljenost, neuspeh, razočaranje,

zmedenost, nesposobnost, žrtvovanje, prikrajšanost, brezizhodnost. Starši si želijo zgodnje obravnave, ki tako njim kot otrokom prinaša številne prednosti, vendar doživljajo prepreke pri iskanju informacij in podpori tudi na sistemski ravni. Zgodnja diagnoza avtistične motnje pri njihovem otroku in dostop do storitev lahko izboljšata rezultate pri otroku, zmanjšata finančne stroške in izboljšata obvladovanje stresa za starše.

V pregledu literature se kaže, da je najpogostejša težava stres (Brei et al., 2015; Bonis, 2016; Cooke et al., 2020; DePape & Lindsay, 2015; Galpin et al., 2018; Jarc, 2018; Rehberger, 2018; Wilson & Peterson, 2018). Avtorji ugotavljajo, da visoka raven stresa, ki ga doživljajo starši, negativno vpliva na njihovo sposobnost učinkovitega obvladovanja otrokovih potreb. Zanimivo je, da raziskovalki Demšar & Bakracevic (2023) pri starših otrok z avtistično motnjo nista ugotovili pomembno povišane stopnje stresa, depresije ali anksioznosti. V raziskavah (Bonis, 2016; Cooke et al., 2020) starši govorijo o občutku tesnobe, depresije in čustvene izčrpanosti. Postavitev diagnoze avtistične motnje pri otroku vključuje občutek šoka, zanikanja, zaskrbljenosti in depresije (Bonis, 2016; Goh et al., 2021; Jarc, 2019; Medved, 2019; Reddy et al., 2019).

Pomembna ugotovitev je, da vzgoja otroka z avtistično motnjo vpliva tudi na odnose med partnerjema (Goh et al., 2021; Reddy et al., 2019). Starši morajo popolnoma prilagoditi družinsko življenje, kar vpliva na vsakdanje življenje, finance, kariero, zakonce in sorojence (DePape & Lindsay, 2015; Goh et al., 2021; Medved, 2019; Reddy et al.,

2019). Podobno tudi slovenska avtorica (Kompara, 2023) navaja, da imajo starši, intervjuvani v njeni raziskavi, zaradi skrbi za otroka in pomanjkanja časa zase slabšo kakovost življenja.

Na sistemski ravni sta prepoznani naslednji težavi: pomanjkanje informacij za pomoč staršem in pomanjkanje splošnih podpornih storitev za otroke z avtistično motnjo (Cooke et al., 2020; DePape & Lindsay, 2015; Galpin et al., 2018; Jarc, 2019; Medved, 2019; Rehberger, 2018). Starši ne prejmejo jasnih usmeritev, poleg tega pa izpostavljajo dolgotrajne birokratske postopke in občutek, da se morajo za vse boriti sami (Medved, 2019; Rehberger, 2018). V raziskavah avtorji (Jarc, 2018; Medved, 2019; Reddy et al., 2019; Rehberger, 2018; Zwaigenbaum et al., 2015) ugotavljajo, da je ključnega pomena zgodnja obravnava. Slednja bi lahko privedla do boljših rezultatov za otroka, zmanjšanja denarnih stroškov, izboljšanja obvladovanja stresa za starše (Bonis, 2016) ter obravnave in dela s celotno družino (Bezenšek, 2019). V Sloveniji so se s sprejetjem Zakona o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami (2017) na sistemski ravni odprli številni centri, ki omogočajo staršem otroka z avtistično motnjo zgodnjo obravnavo in dostopnost na več ravneh tako vzgojno-izobraževalnih, socialno-varstvenih, zdravstvenih kot svetovalnih centrov.

Ugotavljamo, kako pomemben je proaktiven pristop staršev, saj pozitivno vpliva na rezultate obravnave in njihovo opolnomočenje (Galpin et al., 2018; Rehberger, 2018; Zwaigenbaum et al., 2015). Strokovno izobraževanje v zdravstvenem varstvu poveča ozaveščenost o težavah, povezanih s starševstvom otroka z avtistično motnjo (Cooke et al., 2020). Pomembno vlogo v izobraževanju in podpori staršem imajo tudi društva in nevladne organizacije, povezane v Zvezo za avtizem Slovenije. Slednja je zelo dejavna na področju razvijanja programov, oblikovanja zakonodaje ter dejavnega sodelovanja in povezovanja med društvi (Bezenšek, 2019).

Omejitev raziskave prepoznavamo v majhnem številu vključenih kvantitativnih raziskav. Kljub obširnemu pregledu zadetkov smo jih našli malo, možno pa je, da smo izpustili katero izmed pomembnih raziskav. K večji zanesljivosti podatkov bi pripomoglo, če bi v analizo vključili več raziskav z višjih hierarhičnih nivojev, a randomiziranih raziskav žal nismo našli. Med iskanjem primerne literature smo prepoznali pomanjkanje raziskav v domačem okolju. Ugotavljamo, da se izkušnje staršev otrok z avtistično motnjo lahko od države do države razlikujejo glede na kulturno, socialno, družbeno in zdravstveno ureditev.

Dodali smo delček znanja o avtistični motnji. Raziskali smo, kakšni so izzivi, s katerimi se spopadajo starši otrok z avtistično motnjo. Ugotovili smo, da je pomembna zgodnja obravnava, ki je sistemsko organizirana in ima multidisciplinarni pristop. Pomembno je vseživljenjsko izobraževanje zdravstvenih delavcev in drugih strokovnjakov,

ozaveščanje širše javnosti o avtističnih motnjah ter ureditev dostopnosti obravnave in potrebnih terapij.

Na podlagi pregleda literature smo prepoznali kar nekaj ovir za starše otrok z avtistično motnjo, kar bi lahko predstavljalo izhodišče za nadaljnjo obsežno, morda celo nacionalno raziskavo. Glede na pogosto omenjene negativne izkušnje bi bilo v prihodnje smiselno izvesti natančnejšo klinično raziskavo, ki bi raziskala, v katerih delih starši otroka z avtistično motnjo obravnavo doživljajo kot stresno. Identifikacija teh področij bi lahko predstavljala izhodišče za nadaljnje oblikovanje kliničnih smernic.

## Zaključek

Avtistična motnja je kompleksna, vseživljenjska razvojna motnja, ki se običajno pojavi v zgodnjem otroštvu in je opredeljena z določenim naborom vedenj, ki prizadenejo otroka različno in v različni meri. Za otroke z avtistično motnjo je značilno pomanjkanje socialne komunikacije in interakcije z okoljem. Ugotavljamo, da je izkušnja staršev otrok z avtistično motnjo pogosto zaznamovana z različnimi negativnimi čustvenimi in kompleksnimi težavami. Stres, ki izvira iz zahtevnih vedenjskih in komunikacijskih težav otroka z avtistično motnjo, lahko pri starših vodi do osebnih stisk in potrnosti. Pogosto so starši soočeni tudi s finančnimi težavami, ovirami na ravni sistemske obravnave otroka in stigmatizacije, ki jo doživijo v javnosti oziroma v svoji okolici.

Otroci in njihove družine, ki živijo z avtistično motnjo, se soočajo s številnimi težavami pri pridobivanju začetne diagnoze avtistične motnje ter dostopu do ustrezne in pravočasne podpore. Integrirana, pravočasna in individualna strokovna obravnava družin se zdi ključna za izboljšanje kakovosti življenja staršev in otrok z avtistično motnjo. Ozaveščanje in spreminjanje družbe pomaga k izboljšanju pogojev vključevanja otrok z avtistično motnjo v skupnost na zanje najboljši način. Doseganje teh ciljev bo zagotovilo, da bodo starši in njihovi otroci z avtistično motnjo lahko dosegali najboljšo možno kakovost življenja.

## 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 ali soglasje Komisije za medicinsko etiko ni bilo potrebno./No approval by

the National Medical Ethics Committee was necessary to conduct the study due to the selected research methodology.

## Prispevek avtorjev/Author contributions

Obe avtorici sta enakovredno prispevali k oblikovanju dela, analizi in kritičnemu pregledu virov. Prav tako sta obe avtorici prispevali k sintezi in interpretaciji podatkov. Druga avtorica je dokončno pripravila prispevek za objavo./Both authors contributed equally to the design of the study, the analysis and the critical review of the sources. Both authors also contributed to the synthesis and interpretation of the data. The second author prepared the manuscript for publication.

## Literatura

- An, S. L. (2017). Parent training occupational therapy program for parents of children with autism in Korea. *Occupational Therapy International*, 2017(1), Article 4741634. <https://doi.org/10.1155/2017/4741634> PMID:29097966; PMCID:PMC5612610
- Bezenšek, A. (2019). *Model izobraževanja specialnih in rehabilitacijskih pedagogov o vedenjskem pristopu za delo z otroki z motnjami avtističnega spektra* [doktorska disertacija, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta].
- Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: A review of literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(3), 153–163. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1116030> PMID:27028741
- Bravo-Benítez, J., Pérez-Marfil, M. N., Román-Alegre, B. & Cruz-Quintana, F. (2019) Grief experiences in family caregivers of children with Autism Spectrum Disorder (ASD). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), Article 4821. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234821> PMID:31801231; PMCID:PMC6926999
- Brei, N. G., Schwarz, G. N. & Klein-Tasman, B. P. (2015). Predictors of parenting stress in children referred for an autism spectrum disorder diagnostic evaluation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 27(5), 617–635. <https://doi.org/10.1007/s10882-015-9439-z>
- Cooke, E., Smith, V. & Brenner, M. (2020). Parents' experiences of accessing respite care for children with autism spectrum disorder (ASD) at the acute and primary care interface: A systematic review. *BMC Pediatrics*, 20(1), Article 244. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02045-5> PMID:32443974; PMCID:PMC7243332
- Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP (Qualitative Studies and Systematic Review) Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>.
- Demšar, A., & Bakracevic, K. (2023). Depression, anxiety, stress, and coping mechanisms among parents of children with autism spectrum disorder. *International Journal of Disability, Development and Education*, 70(6), 994–1007. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2021.1947474>
- DePape, A. M. & Lindsay, S. (2015). Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder. *Qualitative Health Research*, 25(4), 569–583. <https://doi.org/10.1177/1049732314552455> PMID:25246329
- Galpin, J., Barratt, P., Ashcroft, E., Greathead, S., Kenny, L. & Pellicano, E., (2018). The dots just don't join up: Understanding the support needs of families of children on the autism spectrum. *Autism*, 22(5), 571–584. <https://doi.org/10.1177/1362361316687989> PMID:28449587
- Goh, J. X., Aishworiya, R., Chun Man Ho, R., Wang, W. & He, H. G. (2021). A qualitative study exploring experiences and support needs of parents of children with autism spectrum disorder in Singapur. *Journal of Clinical Nursing*, 30(21/22), 3268–3280. <https://doi.org/10.1111/jocn.15836> PMID:33969552
- Jarc, M. (2019). *Izzivi in doživljanje staršev otrok z avtistično motnjo* [magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta].
- Jurišič, B. D. (2016). *Otroci z avtizmom: Priročnik za učitelje in starše*. Center Janeza Levca.
- Jurišič, B.D. (2021). *Otroci z avtizmom: Priročnik za učitelje in starše* (2. izd.). Izobraževalni center Pika; Center Janeza Levca.
- Kompara, Š. (2023). *Razbremenilno varstvo kot podpora družinam otrok z motnjami avtističnega spektra* [magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta].
- Maenner, M. J., Warren, Z., Williams, A. R., Amoakohene, E., Bakian, A. V., Bilder, D. A., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Furnier, S. M., Hughes, M. M., Ladd-Acosta, C. M., McArthur, D., Pas, E. T., Salinas, A., Vehorn, A., Williams, S., Esler, A., Grzybowski, A., Hall-Lande, J., ... Shaw, K. A. (2023). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. *Surveillance Summaries*, 72(2), 1–14. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1> PMID:36952288

- Medved, N. (2019). *Izkušnje staršev otrok z motnjami avtističnega spektra pri obravnavi in sodelovanju z različnimi strokovnimi službami* [magistrsko delo, Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta].
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., & Stewart, L. A. (2015). PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1> PMID:25554246; PMCID:PMC4320440
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Reddy, G., Fewster, D. L. & Gurayah, T. (2019). Parents' voices: Experiences and coping as a parent of child with autism spectrum disorder. *South African Journal of Occupational Therapy*, 49(1), 43–50. <http://dx.doi.org/10.17159/2310-3833/2019/vol49n1a7>
- Rehberger, T. (2018). Vloga družine v zgodnji obravnavi otrok z avtizmom. *Socialna pedagogika*, 22(3/4), 229–254. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-IWF1M2NP>
- Sapiets, S. J., Tostika, V., & Hastings, R. P. (2021). Factors influencing access to early intervention for families for children with developmental disabilities: A narrative review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(3), 695–711. <https://doi.org/10.1111/jar.12852> PMID:33354863; PMCID:PMC8246771
- Schmidt, I., Schmidt, J. & Schmidt, M. (2017). *Drama je biti starš vesoljca*. Pivec.
- Svetovalnica za avtizem (n. d.). O avtizmu. <https://www.avtizem.net/o-avtizmu>
- Vogrinc, J. (2013). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Pedagoška fakulteta, Univerza v Ljubljani.
- Werdoning, A. (2019). *Rezultati ankete o pojavnosti avtizma v Sloveniji v predšolskih in osnovnošolskih izobraževalnih programih*. Strokovni center za avtizem. <https://www.csgm-avtizem.si/wp-content/uploads/2019/09/%C4%8Clanek-za-splet-o-pojavnosti-avtizma-v-Sloveniji.pdf>
- Wilson, S. A., & Peterson, C. C. (2018). Medical care experiences of children with autism and their parents: A scoping review. *Child: Care, Health and Development*, 44(6), 807–817. <https://doi.org/10.1111/cch.12611> PMID:30136407
- Zakon o celostni zgodnji obravnavi predšolskih otrok s posebnimi potrebami (ZOPOPP)*. (2017). Uradni list RS št. 41/17 (1. 9. 2019). <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7681>
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., Kasari, C., Carter, A., Granpeesheh, D., Mailloux, Z., Roley, S. S., Wagner, S., Fein, D., Pierce, K., Buie, T., Davis, P. A., Newschaffer, C., Robins, D., Wetherby, A., Stone, W. L., Yirmiya, N., Estes, A., ... Natowicz, M. R. (2015). Early intervention for children with autism spectrum disorder under 3 years of age: Recommendations for practice and research. *Pediatrics*, 136 (Suppl.1), S60–S81. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667E> PMID:26430170; PMCID:PMC9923898

---

Citirajte kot/Cite as:

Hodaj, T., & Ramšak Pajk, J. (2024). Potrebe staršev otrok z motnjo avtističnega spektra: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(3), 207–215. <https://doi.org/10.14528/sn.2024.58.3.3233>

## 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.

Naslov članka, izvleček, ključne besede, tabele (opisni naslov in legenda) ter slike (opisni naslov oz. podpis in legenda) morajo biti v slovenščini in angleščini, leto velja tudi za angleško pisane članke, le da so v tem primeru naštetе 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 pri obravnavi pritožb in prizivov

Če uredništvo ugotovi, da rokopis krši avtorske pravice, se rokopis takoj izloči iz uredniškega postopka. Plagiatorstvo ugotavljamo s *Detektorjem podobnih vsebin* (DPV) in *CrossCheck Plagiarizm 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.

V izjemnih primerih lahko uredništvo Obzornika zdravstvene nege, po posvetovanju z avtorjem in uredniškim odborom objavi »popravek« (errata) članka.

### Etični nadzor in etika raziskovanja

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.

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.

### Deljenje podatkov in avtorske pravice

Avtorske pravice so zaščitene s *Creative Commons Attribution 4.0* licenco.

Avtor na Obzornik zdravstvene nege, Ob železnici 30A, 1000 Ljubljana, prenaša naslednje materialne avtorske pravice: pravico reproduciranja v neomejeni količini, in sicer v vseh poznanih oblikah reproduciranja, kar obsega tudi pravico shranitve in reproduciranja v kakršnikoli elektronski obliki (23. čl. Zakona o avtorski in sorodnih pravicah – v nadaljevanju ZASP); pravico distribuiranja (24. čl. ZASP); pravico dajanja na voljo javnosti vključno z dajanjem na voljo javnosti prek svetovnega spleta oz. računalniške mreže (32.a čl. ZASP); pravico predelave, zlasti za namen prevoda (33. čl. ZASP). Prenos pravic velja za članek v celoti (vključno s slikami, razpredelnicami in morebitnimi prilogami). Prenos je izključen ter prostorsko in časovno neomejen.

### Arhiviranje

Publikacija je del *PKP Preservation Network - LOCKSS*, ki zagotavlja varno in stalno arhiviranje vsebine. Obzornik zdravstvene nege lahko najdemo v Registru THE KEEPERS, repozitoriju OAI-PMH in v Dlib - Digitalni knjižnici Slovenije.

### Recenzijski proces

Članki so recenzirani z zunanjo strokovno recenzijo. Recenzije so anonimne.

Članek se uvrsti v uredniški postopek, če izpolnjuje kriterije za objavo. Poslan bo v zunanjo strokovno (anonimno) recenzijo. Znanstveni članki so trojno recenzirani. Recenzenti prejmejo besedilo članka brez avtorjevih osebnih podatkov, članek pregledajo glede na postavljene kazalnike in predlagajo izboljšave. Po zaključenem recenzijskem postopku uredništvo članek vrne avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in



pripravi čistopis. Avtor je dolžan izboljšave pregledati in jih v največji meri upoštevati. V kolikor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora le-to pisno pojasniti. Čistopis uredništvo pošlje v jezikovni pregled.

### Stroški objave

Objava članka v Obzorniku zdravstvene nege ni plačljiva.

V primeru odstopa avtorja od objave članka po pripravljeni recenziji, je le ta plačljiva.

### Opredelitev tipologije

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

### Metodološka struktura članka

**Naslov, izvleček in ključne besede** naj bodo v slovenščini in angleščini. Naslov naj bo skladen z vsebino članka in dolg največ 120 znakov. Oblikovan naj bo tako, da je iz njega razviden uporabljeni raziskovalni dizajn. Če naslovu sledi podnaslov, naj bosta ločena s podpičjem. Navedenih naj bo od trido 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 katerem smo ga razvili. Pregled obstoječe znanstvene literature mora utemeljiti potrebo po naši raziskavi in je osnova za oblikovanje namena in ciljev raziskave, raziskovalnih vprašanj oz. hipotez in izbranega dizajna raziskave. Uporabimo znanstvena spoznanja in koncepte aktualnih mednarodnih in domačih raziskav, ki so objavljena kot primarni vir in niso starejša od deset oziroma pet let. Obvezno je citiranje in povzemanje spoznanj raziskav in ne mnenj avtorjev. Na koncu opredelimo namen in cilje raziskave. Priporočamo zapis raziskovalnih vprašanj (kvalitativna raziskava) oz. hipotez (kvantitativna raziskava).

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

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

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

Pri *opisu poteka raziskave in obdelave podatkov* navedemo etična dovoljenja za izvedbo raziskave, dovoljenja za izvedbo raziskave v organizaciji, predstavimo potek izvedbe raziskave, zagotovila za anonimnost vključenih ter prostovoljnost pri vključitvi v raziskavo, navedeno obdobje, kraj in način zbiranja podatkov, uporabljene metode analize podatkov, pri slednjem natančno navedemo statistične metode, program in verzijo programa statistične obdelave, meje statistične značilnosti. Pri kvalitativni raziskavi natančno opišemo celoten potek raziskave, način zapisovanja, zbiranja podatkov, število izvedb

(opazovanj, intervjujev ipd.), trajanje izvedb, sekvence, transkripcijo podatkov, korake analize obdelave, tehnike obdelave in interpretacije podatkov ter receptivnost raziskovalca.

**Rezultati:** Rezultate prikažemo besedno oz. v tabelah in slikah ter pazimo, da izberemo le en prikaz za posamezen rezultat in da se vsebina ne podvaja. V razlagi rezultatov se osredotočamo na statistično značilne rezultate in tiste, ki so nas presenetili. Rezultate prikazujemo glede na stopnjo zahtevnosti statistične obdelave. Pri prikazu rezultatov v tabelah in slikah je za vse uporabljene kratice potrebna pojasnitev v legendi pod tabelo ali sliko. Rezultate prikažemo po postavljenih spremenljivkah, odgovorimo na raziskovalna vprašanja oz. hipoteze. Pri kvalitativnih raziskavah prikažemo potek oblikovanja kod in kategorij, za vsako kodo predstavimo eno do dve reprezentativni izjavi vključenih v raziskavo, ki najboljše predstavitva 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 nadaljnega 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 povzeti, 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 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 in koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo *APA 7- American Psychological* (APA Style, 2020) 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. Za več kot dva avtorje v besedilu zapišemo »et al.« (dva priimka ločimo z »&«: (Chen et al., 2007; Stare & Pahor, 2010). Če navajamo več citiranih del, jih ločimo s podpičjem. Uredimo jih po abecednem vrstnem redu, glede na priimek prvega avtorja. 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 as 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. Navajamo do 20 avtorjev. V primeru, da je avtorjev več kot 20, jih navedemo 19, dodamo vejico, tri pike in zadnjega avtorja. Pred zadnjim avtorjem damo znak &. 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 DOI ali 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:

**Avtor, A. A., & Avtor, B. B. (leto copyright-a). Naslov knjige (7th ed.). Založnik. DOI ali URL**

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

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

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

**Avtor, A. A., & Avtor, B. B. (leto copyright-a). Naslov poglavja. In A. A. Urednik & B. B. Urednik (Eds.), Naslov knjige (2nd ed., pp. #-#). Založnik. DOI ali URL**

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

Spatz, D. L. (2014). The use of human milk and breastfeeding in the neonatal intensive care unit. In K. Wambach & J. Riordan (Eds.), *Breastfeeding and human lactation* (5th ed., pp. 469–522). Jones & Bartlett Learning.

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

**Avtor, A. A., (Ed.). (leto). Naslov (edition). Založnik. DOI ali URL**

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



World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. (2019). *Respect women: Preventing violence against women* (WHO/RHR/18.19). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/preventing-vaw-framework-policymakers/en/>

Zavod Republike Slovenije za šolstvo. (2019). *Letno poročilo o delu Zavoda Republike Slovenije za šolstvo za obdobje od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018*. <https://www.zrss.si/wp-content/uploads/2020/06/2019-02-21-porocilo-2018.pdf>

### Citiranje elektronskih virov

**Avtor, X. X./Organization. (Date). Naslov. URL**

Bologna, C. (2018, June 27). *What happens to your mind and body when you feel homesick?* *HuffPost*. [https://www.huffingtonpost.com/entry/what-happens-min-body-omesick-us\\_5b201ebde4b09d7a3d77eee1](https://www.huffingtonpost.com/entry/what-happens-min-body-omesick-us_5b201ebde4b09d7a3d77eee1)

## 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 avtorjevali 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.

**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 (2024) (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 strukturnih 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.

### 1. IZJAVA O AVTORSTVU

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

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

**Obseg članka:** članek naj vsebuje največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno zasnovane raziskave. V ta obseg se ne štejejo izvleček, tabele, slike in seznam literature. Število besed člankaja 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 slikovnegagradiiva ne vračamo, kontaktni avtor prejme objavljeničlanek 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 aličlani uredniškega odbora ne opravljajo recenzije ali vodijo uredniškega postopka sodelavcev iz institucijev 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 načelupravičnosti 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 določijo 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 besedilav 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 objavljanje. Recenzent mora poleg znanstvenosti, strokovnosti in primernosti vsebine za objavo v Obzorniku zdravstvene nege članek oceniti metodološko ter uredništvo opozoriti na pomanjkljivosti. Ni treba, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem, vendar lahko opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Pozoren naj bo na pravilno rabo strokovne terminologije. Posebej mora biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jasen, ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvo članka; ali avtor citira (naj)novejšo literaturo in ali citira znanstvene raziskave avtorjev, ki so pisali o isti temi v domačih revijah; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali je citiranje literature ustrezno, ali se v besedilu navedena literatura ujema

s seznamom literature na koncu članka. Dostopno literaturo je treba preveriti. Oceniti je treba ustreznost slik ter tabel, preveriti, če se v njih ne ponavlja tisto, kar je v besedilu že navedeno. Recenzentova dolžnost je opozoriti na morebitne nerazvezane kratice. Recenzent mora biti še posebej pozoren na morebitno plagiatstvo in krajo intelektualne lastnine.

S sprejetjem recenzije se recenzent zaveže, da jo bo oddal v predpisanem roku. Če to ni mogoče, mora takoj obvestiti uredništvo. Recenzent se obveže, da vsebine članka ne bo nedovoljeno razmnoževal ali drugače zlorabil. Recenzije so anonimne: recenzent je avtorju neznan in obratno. Recenzent bo v pregled prek sistema OJS prejel le vsebino članka brez imena avtorja. V sistemu OJS recenzent poda svoje strokovno mnenje v 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 – sledispremembam (Track changes). Recenzent mora biti pozoren, da pred uporabo omenjene možnosti prikrije svojo identiteto (sledi 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

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

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

*Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije* (2024). 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 avgust 2024*

---

### Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege. (2024). Navodila avtorjem in recenzentom. *Obzornik zdravstvene nege* 58(3), 216–223.

## 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. Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The authors should use the Microsoft Word templates accessible on the website of the editorial board (Title Page and Template for Original Scientific Article/ Review Rrticle). 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, healthcare 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 Nurses Association.

In exceptional cases, the editorial board of the Nursing Review, after consulting with the author and the editorial committee, may publish a “correction” (errata) to the article.

### Ethical oversight and research ethics

Authors are required to provide information on the ethical aspects of the research. In the case of research approval by an ethics committee, they should state the name of the ethics committee and the decision number. If the research did not require special permission from an ethics committee, the authors must explain this.

If the article publishes research on humans, it should be clear in the subsection of methods “Description of research process and data processing” that the research was conducted in accordance with the principles of the Helsinki-Tokyo Declaration, and the process of obtaining permissions for conducting the research should be described. Experimental research conducted on humans must have the consent of an ethics committee, either at the level of the institution or multiple institutions where the research is conducted, or at the national level.

### Data sharing and copyright

Copyright is protected under the Creative Commons Attribution 4.0 License. The author transfers the following material copyrights to the Nursing Review, Ob železnici 30A, 1000 Ljubljana: the right to reproduce in an unlimited quantity, in all known forms of reproduction, which includes the right to store and reproduce in any electronic form (Article 23 of the Copyright and Related Rights Act – ZASP); the right to distribute (Article 24 of ZASP); the right to make available to the public including making available through the World Wide Web or computer network (Article 32.a of ZASP); the right to process, especially for the purpose of translation (Article 33 of ZASP). The transfer of rights applies to the entire article (including images, tables, and any attachments). The transfer is exclusive and unlimited in space and time.



## Archiving and preservation

The publication is part of the PKP Preservation Network - LOCKSS, which ensures safe and continuous archiving of content. The Slovenian Nursing Review can be found in the Registry of THE KEEPERS, the OAI-PMH repository, and in Dlib - the Digital Library of Slovenia.

## Review Process

Articles are reviewed with external professional review. Reviews are anonymous. An article proceeds to the editorial process if it meets the publication criteria. It will be sent for external professional (anonymous) review. Scientific articles are reviewed three times. Reviewers receive the text of the article without the author's personal information, review it based on set indicators, and suggest improvements. After the review process is completed, the editorial office returns the article to the author for approval of the corrections, to consider them, and to prepare the final draft. The author is obliged to review the improvements and consider them to the greatest extent possible. If the author does not follow any of the suggested improvements, they must explain this in writing. The final draft is sent to the editorial office for language review.

## Publication Fees

Publishing an article in the Nursing Review is not subject to a fee. If the author withdraws from publishing the article after the review has been prepared, a fee is charged.

## 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](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

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

Included in the category of review scientific research are: literature review, concept analyses, discussionbased 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 7- American Psychological (APA Style, 2020) 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) or Pahor (2006) when the surname is included in the sentence. For more than three authors in the text, write "et al." (separate two surnames with "&": (Stare & Pahor, 2010; Chen et al., 2007). If citing multiple works, separate them with semicolons and list them alphabetically, separated by a semi-colon (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong et al., 2014).

Secondary sources should be referenced by 'cited in' (Lukič, 2000 as 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. We list up to 20 authors. In case there are more than 20 authors, we list 19, add a comma,

three dots, and the last author. 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

### Books:

**Author, A. A., & Author, B. B. (year of copyright). Title of the book (7th ed.). Publisher. DOI/URL**

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

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

### Chapter/essay in a book edited by multiple editors:

**Author, A. A., & Author, B. B. (year of copyright). Chapter title. In A. A. Editor & B. B. Editor (Eds.), Title of the book (2nd ed., pp. #-#). Publisher. DOI or URL**

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

Spatz, D. L. (2014). The use of human milk and breastfeeding in the neonatal intensive care unit. In K. Wambach & J. Riordan (Eds.), *Breastfeeding and human lactation* (5th ed., pp. 469–522). Jones & Bartlett Learning

### Books edited by one or multiple authors:

**Author, A. A., (Ed.). (year). Title (edition). Publisher. DOI or URL**

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

### Journal Articles:

**Author, A. A., & Author, B. B. (year). Article title. Journal Title, volume(issue), #-#. DOI/URL**

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>

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.  
<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>

### Up to 20 authors listed

Selfridge, M., Card, K. G., Lundgren, K., Barnett, T., Guarasci, K., Drost, A., Gray-Schleihauf, C., Milne, R., Degenhardt, J., Stark, A., Hull, M., Fraser, C., & Lachowsky, N. J. (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>

### More than 20 authors

**Author, X. X., ... Author, X. X. (Year). Title. Journal Title, volume(issue), #-#. DOI/URL**

Perl A. E., Martinelli G., Cortes J. E., Neubauer, A., Berman, E., Paolini, S., Montesinos, P., Baer, M. R., Larson, R. A., Ustun, C., Fabbiano, F., Erba, H. P., Di Stasi, A., Stuart, R., Olin, R., Kasner, M., Ciceri, F., Chou, W.-C., ... Levis, M. J. (2019). Gilteritinib or chemotherapy for relapsed or refractory FLT3-mutated AML. *New England Journal of Medicine*, 381(18), 1728–1740.  
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1902688>

### Conference papers:

**Conference paper author, X. X. (year). Conference paper title. In A. A. Editor (Ed.), Conference proceedings title. (#-#). Publisher. DOI/URL**

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 (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). Visoka šola za zdravstveno nego.

### Thesis or dissertation:

**Author, X. X. (Year). Title. [Degree project/Bachelor's thesis/Master's thesis, University]. Database Name/Archive Name. URL**

Rebec, D. (2011). *Samoocenjevanje študentov zdravstvene nege s pomočjo video posnetkov pri poučevanju negovalnih intervencij v specialni učilnici* [magistrska naloga, Univerza v Mariboru].

**Author, X. X. (Year). Title. [Doctoral thesis/Licentiate thesis, University]. Database Name/Archive Name. URL**

Kolenc, L. (2010). *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre* [doktorska naloga, Univerza v Ljubljani].

Ahmed, S. (2020). Healthcare financing challenges and opportunities to achieving universal health coverage in the low- and middle-income country context. [Doctoral thesis, Karolinska Institutet]. Karolinska Institutet Open Archive. <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/46957>

### Laws, codes, regulations, and organizations:

**Title of the law (year). URL**

*Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*. (2008). Uradni list RS, št. 15 Uradni list RS, št. 58/11, 40/12 – ZUJE, 90/12, 41/17 – ZOPOPP in 200/20 – ZOOMTVI. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

*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.

**Organization. (year). Title (Collection title or serial number). Publisher. URL**

World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. (2019). *Respect women: Preventing violence against women* (WHO/RHR/18.19). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/preventing-vaw-framework-policymakers/en/>

Zavod Republike Slovenije za šolstvo. (2019). *Letno poročilo o delu Zavoda Republike Slovenije za šolstvo za obdobje od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018*. <https://www.zrss.si/wp-content/uploads/2020/06/2019-02-21-porocilo-2018.pdf>

### Electronic resources

**Surname, X. X./Organization. (Date). Title. URL**

Bologna, C. (2018, June 27). *What happens to your mind and body when you feel homesick*. *HuffPost*. [https://www.huffingtonpost.com/entry/what-happens-min-body-omesick-us\\_5b201ebde4b09d7a3d77eee1](https://www.huffingtonpost.com/entry/what-happens-min-body-omesick-us_5b201ebde4b09d7a3d77eee1)

## 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 (2024), (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, excluding 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

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

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

*Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije* (2024). 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

*Updated on August 2024*

---

*Cite as:*

Slovenian Nursing Review. (2024). Guide for authors and reviewers. *Slovenian Nursing Review*, 58(3), 224–232.