

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



59(3)
Ljubljana 2025

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

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

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

Ustanovitelj in izdajatelj:

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

Glavna in odgovorna urednica:

izr. prof. dr. **Mateja Lorber**

Urednik, izvršni urednik:

izr. prof. dr. **Mirko Prosen**

Urednica, spletna urednica:

Martina Kocbek Gajšt

Uredniški odbor:

- viš. pred. **Mateja Bahun**, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija
- doc. dr. **Leona Čilar Budler**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- doc. dr. **Mojca Dobnik**, Univerzitetni klinični center Maribor in Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- asist. **Tina Kamenšek**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- doc. dr. **Sergej Kmetec**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **Martina Kocbek Gajšt**, Karlova univerza, Inštitut za zgodovino Karlove Univerze in Arhiv Karlove Univerze, Češka republika
- doc. dr. **Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- viš. pred. **Andreja Ljubič**, Fakulteta za zdravstvene vede v Celju in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- izr. prof. dr. **Sabina Ličen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- izr. prof. dr. **Mateja Lorber**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- izr. prof. dr. **Miha Lučovnik**, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta in Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Slovenija
- viš. pred. dr. **Marija Milavec Kapun**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- izr. prof. dr. **Melita Peršolja**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- viš. pred. **Petra Petročnik**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- izr. prof. dr. **Mirko Prosen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- doc. dr. **Tamara Štemberger Kolnik**, Fakulteta za zdravstvene vede v Celju in Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- izr. prof. dr. **Dominika Vrtnjak**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija

Mednarodni uredniški odbor:

- **Adam Davey**, Professor, University of Delaware, Newark, Združene države Amerike
- **Kathleen Markey**, Lecturer, University of Limerick, Faculty of Education and Health Sciences, Irsko
- **Brendan McCormack**, Professor, University of Sydney, Faculty of Medicine and Health, Susan Wakil School of Nursing and Midwifery - Sydney Nursing School, Avstralija
- **Tanya McCance**, Mona Grey Professor, Ulster University, School of Nursing and Paramedic Science, Velika Britanija
- **Alvisa Palese**, Professor, Università degli Studi di Udine, Dipartimento di Area Medica, Italija
- **Betül Tosun**, Associate Professor, Hasan Kalyoncu University, Faculty of Health Sciences, Turčija
- **Valérie Tóthová**, Professor, University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Češka
- **Roger Watson**, Professor Southwest Medical University, School of Nursing, Kitajska

Lektorici za slovenščino:

Simona Gregorčič

Tonja Jelen

Lektorica za angleščino:

lekt. dr. **Martina Paradiž**

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

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

Spletna stran: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/>

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

Naklada: 350 izvodov

Prelom: Nataša Artiček – Vizuart, s. p.

Tisk: Tiskarna knjigovoznica Radovljica d. o. o.

Tiskano na brezlesnem papirju.

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

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

Izdajo sofinancira Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije.

Objavljeni prispevki izražajo stališča avtorjev in ne nujno stališča uredništva.

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

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

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2025 Letnik 59 Številka 3
Ljubljana 2025 Volume 59 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 zahtevnejši 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 slovensčini 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**

- From historical efforts to current void: An opportunity for nursing and midwifery legislation
 Od zgodovinskih prizadevanj do današnje praznine: priložnost za zakon o zdravstveni negi in babištvu 156
Anita Prelec

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Ocena kakovosti spanja pacientov v času hospitalizacije: eksplorativna raziskava
 Assessment of sleep quality in patients during hospitalisation: An exploratory study 162
Jožefa Tomažič, Amadeus Lešnik, Mojca Dobnik
- Tetovaže med zaposlenimi v zdravstveni negi: kvantitativna raziskava
 Tattoos among nursing staff: A quantitative study 172
Jasmina Hadžić, Mateja Bahun
- Kulturna raznolikost v zdravstvenih timih: kvalitativna opisna raziskava
 Cultural diversity in health teams: A qualitative descriptive study 178
Matic Petrovič, Tamara Milić, Valentina Masten, Sabina Ličen, Mirko Prosen

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Intervencije medicinskih sester za izboljšanje adherence pri starejših odraslih
 v domačem okolju: integrativni pregled literature
 Nurse interventions to improve medication adherence in older adults living at home:
 An integrative literature review 187
Melita Peršolja, Helena Skočir, Ester Benko
- Samomorilne misli pri bolnikih z rakom: pregled literature
 Suicidal ideation in cancer patients: A literature review 199
Sabina Medjedović

From historical efforts to current void: An opportunity for nursing and midwifery legislation

Od zgodovinskih prizadevanj do današnje praznine: priložnost za zakon o zdravstveni negi in babištvu

Anita Prelec^{1, *}

Nursing and midwifery services represent the cornerstones of healthcare systems around the world. Nurses and midwives constitute the largest group of healthcare professionals directly responsible for ensuring continuous, high-quality, and safe patient care (World Health Organization, 2024). Despite their central role in health care and their diverse educational pathways and professional competences, they are one of several regulated professions in the Slovenian healthcare system without a dedicated legal regulation. This leads to legal and social inequality and represents an unjustified exception compared to other regulated professions with established normative frameworks. This situation not only hinders the continuous development of the profession, but also undermines its social and legal status (De Baetselier et al., 2025; ten Hoeve et al., 2014; Mivšek et al., 2021).

Nurses and midwives are not only the largest workforce segment in healthcare systems, but also make an important contribution to protecting the health of the population and, indirectly, to maintaining social welfare. Due to their continuous professional development and growing levels of educational attainment, nurses and midwives have long been recognised as the main guardians of public health in many countries around the world. In most countries, they operate without private interests and their work is primarily focused on promoting the common good (World Health Organization, 2020, 2025). To ensure safe and high-quality healthcare delivery, it is essential to introduce professional regulation (International Confederation of Midwives, 2025; International Council of Nurses, 2014). In Slovenia, the existing regulatory provisions for nursing and midwifery are scattered across several subordinate laws that do not provide sufficient legal certainty (Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, 2016; Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene

ali babiške nege, 2020; Zakon o zdravstveni dejavnosti, 1992). The adoption of a comprehensive nursing and midwifery law (i.e., Nursing and Midwifery Act) would create a solid foundation, ensure the long-term stability of both professions, and secure their crucial role in the provision of safe, accessible, and high-quality public health care.

When registered nurses in Slovenia first organised themselves into a professional association almost a century ago, their founding documents aimed to ensure appropriate training standards, safeguard professional integrity, and establish professional recognition within the healthcare system. The first important legal foundations were laid in 1931 with the adoption of the regulations on the work of auxiliary staff and the obligation to keep a staff register (*Pravilnik o delu pomožnega osebja in obveznost vodenja registra osebja*) based on the regulations establishing the training programmes for social and healthcare professionals (*Zakon o strokovnih šolah za pomožno osebje v socialni in zdravstveni službi*). Article 14 of these regulations authorised "protective nurses" to establish professional associations and maintain membership records, which marked the beginning of professional self-regulation. Following submission to the relevant ministry for approval, the regulations were adopted in 1932 (Keršič et al., 2017). The Assembly of the Yugoslav Association of Registered Nurses (*Skupščina jugoslovanskega društva diplomiranih sester*) initiated a debate on the legal regulation of the status of registered nurses as early as the 1930s, but due to differing views and specific political circumstances, no law was enacted. After the Second World War, attempts to formally regulate the profession continued with a Ministry of National Health decree introducing mandatory registration of all medical staff in 1946 and further formalisation of registration within local authorities in 1949. This mechanism marked the beginning of state control over

¹ Nurses and Midwives Association of Slovenia, Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana, Slovenia

* Corresponding author/Korespondenčni avtor: predsednica@zbornica-zveza.si



access to the profession and working conditions in the healthcare sector. In the field of nursing education – which is an important part of the legal framework in comparable countries today – the breakthrough came in 1923, when the first nursing school was established in Ljubljana, which offered one- and two-year programmes in the 1920s that later expanded to three-year programmes. The socialist Yugoslav era saw the introduction of secondary and higher professional nursing schools, and after 1993, developments at university and doctoral level further strengthened the scientific basis of nursing. These advances in education went hand in hand with the development of the organisational structure of the profession. The process of consolidating professional independence began with the establishment of the Organisation of Nursing School Graduates (*Organizacija absolventk šole za sestre*) in 1927, continued with the founding of the Association of Nurses Societies of Slovenia (*Zveza društev medicinskih sester Slovenije*) in 1963, and culminated in the founding of the Chamber of Nurses of Slovenia (*Zbornica zdravstvene nege Slovenije*) in 1992 (Berkopec & Keršič, 2023).

Midwifery training has a longer history, as the first midwifery school was established as early as 1753, making it one of the oldest continuously operating educational institutions in the field of health care in Europe. After 1919, midwifery training lasted six months. In 1927, it was extended to 18 months, between 1948 and 1960 to two years, and finally to four years. The 1981 school reform abolished formal secondary education for midwives, which led to a fifteen-year gap in professional training until 1996, when a higher education professional degree course in nursing with specialisation in obstetrics and gynaecology was introduced. Since 2005, the midwifery degree programme has been aligned with the directives of the European Union and the international recommendations of the International Confederation of Midwives and the World Health Organization (Faculty of Health Sciences, 2025). Throughout history, midwives have been professionally affiliated with the Association of Certified Midwives (*Društvo diplomiranih babic*), which was founded in Ljubljana in 1920 and began its activities in 1925 under the name Slovensko babiško društvo (Slovenian Midwives Association) with the aim of raising the professionalism and social recognition of midwifery, improving training, protecting the health of mothers and children, and securing legal protection of professional insignia and uniforms. The association ceased to operate on 31 December 1975, but resumed its activities already on 28 February 1976 as a section within the Association of Nurses and Health Technicians of Slovenia (*Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*). Although the statutes of the Slovenian Midwives Association are not accessible, the association would have certainly

operated on the basis of statutes according to standard legal practice and requirements of the regulations for association registration (Zbornica – Zveza, n. d.).

The legal regulation of nursing and midwifery has a rich international history dating back to the beginning of the 20th century. The first country to introduce formal legal regulation of the nursing profession was the United States. North Carolina passed the Nurse Practice Act as early as 1903. This Act set out the conditions for registration, protected the Registered Nurse title, and introduced training standards to improve clinical practice and ensure patient protection. By 1921, the Act had been adopted by most federal states, and in 1947, mandatory licensing was introduced (*Train Education*, n. d.). In Europe, the earliest legal regulation was introduced in the United Kingdom in 1919 with the adoption of the Nurses Registration Act, which represented the culmination of decades of professionalisation efforts led by Ethel Gordon Fenwick. The Act introduced a mandatory register for nurses and set out the conditions for registration, training, standards of practice and ethical responsibility (UK Government, 1919). This framework later formed the basis for today's Nursing and Midwifery Council, a world-leading regulatory body that ensures both patient safety and professional quality standards through effective regulation of nursing and midwifery practice.

In 1920, Sweden was the first country in continental Europe to introduce a law on the training and registration of nurses. This law introduced mandatory state supervision, guaranteed the protection of the professional title, and established minimum training standards, thereby contributing to the professionalisation and standardisation of the profession. The common legislative goal in all three countries was the protection of patients through the registration and training of healthcare professionals, the establishment of uniform national educational and ethical standards, the legal protection of the professional title, and the definition of the competences and responsibilities of nursing professionals. These historical examples clearly show that independent legal regulation of nursing is not an exception, but an internationally established standard that is crucial for patient safety and the professional development of nurses and midwives.

Despite the long tradition of professional organisations and their extensive network, it should be emphasised that the legal framework for nursing and midwifery in Slovenia has never been systematically regulated by a specific law. A historical review reveals long and unsuccessful efforts of the professional community to achieve this goal. Drafts of the Nursing Act date back to 1997, but despite thorough professional preparation and coordination, the law was not passed due to opposition from influential interest groups in the healthcare sector. Further attempts, including the establishment of a regulatory authority within the Chamber and the renaming of the professional organisation to Zbornica

– Zveza (Nurses and Midwives Association of Slovenia, Chamber – Association) for the Act in 2011, likewise failed to produce the necessary legislative breakthrough. The current regulatory gaps for the nursing and midwifery professions include: unclear definition of competences, insufficient training and specialisation standards, inadequate activity management and organisation, lack of legally regulated documentation, unclear roles for professional associations, and uncertain status of the regulatory authority. As the largest professional group in the healthcare sector, nursing and midwifery require equal representation in healthcare policy development and meaningful participation in key decisions in the healthcare system (Acheampong et al., 2021; Stewart et al., 2025).

By adopting the Nursing and Midwifery Act, Slovenia would be following international guidelines that have already been implemented by most European Union member states and some Western Balkan countries (Bosnia and Herzegovina, Croatia, Albania). The adoption of the Act would place Slovenian nurses and midwives on an equal footing with other regulated professions in the healthcare sector, which already have their own legislation (Zakon o zdravniški službi (Medical Service Act), 2006; Zakon o lekarniški dejavnosti (Pharmacy Act), 2016). International experience shows that the inclusion of a broader range of professional groups in the formulation of health system policies leads to a stronger focus on the needs of users and public interests. The Nursing and Midwifery Act would therefore enable Slovenia to align itself appropriately with the needs of the healthcare system while laying the foundations for a fairer, more sustainable, and higher-quality healthcare system. Without their own legislation, these professions have long been subject to the influence of political interests that do not necessarily serve their best interests. The adoption of this law is therefore a professional, ethical, and systemic necessity (Acheampong et al., 2021; Shariff, 2015). It would allow for stable, safe, and autonomous professional development, including specialisations. When reviewing the draft law, the Nurses and Midwives Association of Slovenia emphasised the need for clear regulation of both the status of the regulatory body and the scope of management of these activities, noting that these aspects were not adequately defined.

The adoption of this law would not exclude other professions, but rather strengthen the integrity of the healthcare system by ensuring that all regulated activities operate with clearly defined competences, responsibilities, and professional autonomy. Such regulation of nursing and midwifery balances professional autonomy with social accountability, while contributing to high-quality healthcare delivery. The strengthening of competences and professional development creates the conditions for effective work and increases the appeal of these professions for young people (Chen et al., 2024; Kennedy et al., 2015).

Thirteen years ago, in an editorial in *Utrip* newsletter, a member of the working group for drafting the Nursing and Midwifery Act, Assoc. Prof. Dr. Bregar, stated that in the process of adopting the (then) law, we would certainly again encounter various interest groups present in the healthcare system (Slovene Chamber of Pharmacy and Pharmacists, the Medical Chamber of Slovenia, and the Health Insurance Institute of Slovenia), as well as the state acting as a regulator (Bregar, 2012). Today, the number of interest groups seems to have increased. However, we can acknowledge one thing: in all these decades of efforts, nursing and midwifery practitioners have also been active outside their working environments, primarily as advocates for the rights of healthcare and social service users in the local community and for the accessibility of the public healthcare system. Public opinion, which has for decades ranked nurses and midwives among the most trusted professions in Slovenia, will provide crucial support for the adoption of this law.

We call on all healthcare stakeholders to participate in a responsible and professionally informed dialogue that will lead to the adoption of the Nursing and Midwifery Act – a law that will protect patients, enable the further development of both professions, and ensure long-term stability of the Slovenian healthcare system.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Dejavnosti zdravstvene nege in babištva globalno predstavljata ključna temelja zdravstvenega sistema. Gre za najštevilčnejšo skupino zdravstvenih delavcev, ki je neposredno odgovorna za zagotavljanje neprekinjene, kakovostne in varne obravnave pacientov (World Health Organization, 2024). Kljub osrednji vlogi ter raznolikosti izobraževalnih poti in kompetenc pa ta poklicna skupina kot edina med reguliranimi poklici v zdravstvu v Sloveniji še vedno nima samostojne zakonske ureditve. To ustvarja neenakost pred zakonom in v družbi ter pomeni neutemeljeno izjemo v primerjavi z drugimi reguliranimi poklici, ki svojo normativno ureditev imajo. Takšno stanje ne le zavira nadaljnji razvoj stroke, temveč tudi zmanjšuje njen družbeni in pravni status (De Baetselier et al., 2025; ten Hoeve et al., 2014; Mivšek et al., 2021).

Zaposleni v zdravstveni negi in babištvu ne predstavljajo le največje skupine zaposlenih v sistemu zdravstvenega varstva, temveč so tudi ključni nosilci varovanja zdravja prebivalstva in – posredno – vzdrževanja družbene blaginje. Zaradi nenehnega strokovnega napredka in vse višje ravni izobrazbe so v številnih državah sveta že dolgo prepoznani kot temeljni varuhi javnega zdravja, saj v večini držav niso imeli in nimajo zasebnega interesa – torej je njihovo delovanje predvsem usmerjeno v javno dobro (World Health Organization, 2020,

2025). Za varno in kakovostno izvajanje zdravstvene dejavnosti je treba vzpostaviti regulacijo poklicev (International Confederation of Midwives, 2025; International Council of Nurses, 2014). V Sloveniji so obstoječi predpisi za naši dejavnosti opredeljeni v več podzakonskih aktih, kar pa nam ne daje zadostne pravne varnosti (Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege, 2016; Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege, 2020; Zakon o zdravstveni dejavnosti, 1992). S sprejetjem Zakona o dejavnosti zdravstvene nege in babištva bi postavili trdne temelje in dolgoročno stabilnost obeh dejavnosti ter predvsem zaščitili njuno vlogo pri zagotavljanju varnega, dostopnega in kakovostnega javnega zdravstva.

Pred skoraj stoletjem, ko so se diplomirane medicinske sestre na Slovenskem organizirale v strokovno združenje, so v svojih dokumentih stremele k ustreznemu izobraževanju in zaščiti poklica medicinskih sester ter uveljavljanju poklica v zdravstvenem sistemu. Prvi pomembni formalni temelji regulacije segajo tako že v leto 1931, ko sta bila na podlagi Zakona o strokovnih šolah za pomožna osebja v socialni in zdravstveni službi sprejeta Pravilnik o delu pomožnega osebja in obveznost vodenja registra osebja. Pravilnik je v 14. členu določal, da lahko »zaščitne sestre« ustanavljajo strokovna društva in vodijo kartoteko članstva, kar pomeni začetke samoregulacije poklica. Pravila, predložena resornemu ministrstvu v potrditev, so bila dokončno sprejeta v letu 1932 (Keršič et al., 2017). Že v tridesetih letih 20. stoletja je v okviru Skupščine jugoslovanskega društva diplomiranih sester potekala razprava o pravni ureditvi statusa diplomiranih sester, a zaradi različnih pogledov in političnih okoliščin do zakona ni prišlo. Po drugi svetovni vojni se je leta 1946 regulacija nadaljevala z odredbo Ministrstva za narodno zdravje z uvedbo obvezne registracije vsega medicinskega osebja ter z nadaljnjo formalizacijo evidenc leta 1949 v okviru lokalnih oblasti. Ta ureditev je predstavljala zametke državnega nadzora nad dostopom do poklica in pogoji za delo v zdravstveni negi. Na področju izobraževanja, ki je danes pomemben del zakonske ureditve v primerljivih državah, se je prelom zgodil že leta 1923, ko je bila v Ljubljani ustanovljena prva šola za sestre, ki je že v dvajsetih letih izvajala eno- in dvoletne programe, pozneje pa tudi triletno izobraževanje. V obdobju socialistične Jugoslavije so bile uvedene srednje in višje zdravstvene šole, po letu 1993 pa se je začel razvoj tudi na univerzitetni in doktorski ravni, kar je pomembno utrdilo znanstveno osnovo stroke zdravstvene nege. Ob izobraževanju se je razvijala tudi organizacijska struktura stroke. Od Organizacije absolventk šole za sestre (1927) do ustanovitve Zveze društev medicinskih sester Slovenije (1963) in končno do ustanovitve Zbornice zdravstvene nege Slovenije leta 1992 je potekal proces krepitve stanovske samostojnosti (Berkopec & Keršič, 2023).

Daljšo zgodovino ima izobraževanje babic, saj je bila prva babiška šola ustanovljena že leta 1753 in je predstavljala eno najstarejših neprekinjeno delujočih zdravstvenih šol v Evropi. Po letu 1919 je izobraževanje babic trajalo šest mesecev; leta 1927 so ga podaljšali na 18 mesecev, v letih 1948–1960 na dve leti, nato pa na štiri leta. Ob šolski reformi leta 1981 je bilo formalno srednješolsko izobraževanje babic ukinjeno. Po petnajstletni prekinitvi je bila v letu 1996 uvedena visokošolska raven izobraževanja – visokošolski strokovni študijski program zdravstvene nege, porodniško-ginekološke smeri. Od leta 2005 je študijski program babištva skladen z direktivo Evropske unije ter z mednarodnimi priporočili *International Confederation of Midwives* in Svetovne zdravstvene organizacije (Zdravstvena fakulteta, 2025). Skozi zgodovino so se babice strokovno povezoval v Društvo diplomiranih babic, ki je bilo ustanovljeno leta 1920 v Ljubljani; leta 1925 je začelo delovati pod imenom Slovensko babiško društvo, s ciljem dviga strokovnosti babiškega poklica, družbene potrditve stroke, izpopolnjevanja, varovanja zdravja matere in otroka ter zakonske zaščite znaka in uniforme babic. Društvo je prenehalo delovati 31. decembra 1975, a že 28. februarja 1976 je svoje delovanje nadaljevalo kot sekcija znotraj Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Čeprav statut Slovenskega babiškega društva ni dostopen, je glede na običajno pravno prakso društvo zagotovo delovalo na podlagi statuta, kot zahtevajo pravila za registracijo društev (Zbornica – Zveza, n. d.)

Zakonodajna ureditev dejavnosti zdravstvene nege in babištva ima bogato mednarodno zgodovino, ki sega v začetek 20. stoletja. Prva država, ki je uvedla formalno zakonsko regulacijo poklica medicinske sestre, so bile Združene države Amerike, kjer je Severna Karolina že leta 1903 sprejela *The Nurse Practice Act*. Ta zakon je določil pogoje za registracijo, zaščitil naziv *Registered Nurse* in uvedel izobraževalne standarde z namenom izboljšanja klinične prakse in zaščite pacientov. Do leta 1921 je zakon sprejela večina zveznih držav, obvezno licenciranje pa je bilo uveljavljeno leta 1947 (*Train Education*, n. d.). V Evropi je najzgodnejša zakonodajna ureditev nastala leta 1919 v Združenem kraljestvu s sprejemom *Nurses Registration Act*. Gre za rezultat večdesetletnih prizadevanj za profesionalizacijo poklica, ki jih je vodila Ethel Gordon Fenwick. Zakon je uvedel obvezen register medicinskih sester in določil pogoje za vpis, usposabljanje, standarde prakse in etično odgovornost (The UK Government, 1919). Ta okvir je pozneje prerasel v danes vodilno globalno regulatorno institucijo *Nursing and Midwifery Council*, ki z jasno regulacijo skrbi za varnost pacientov in strokovno kakovost dela medicinskih sester in babic.

Švedska je leta 1920 kot prva celinska evropska država uvedla zakon o usposabljanju in registraciji medicinskih sester. Ta je uvedel obvezen državni nadzor, zaščiteno

poklicni naziv in minimalne standarde izobraževanja, s čimer je prispeval k profesionalizaciji in standardizaciji poklica. Skupni cilj zakonodaje v vseh treh državah je bil zaščita pacientov z registracijo in usposobljenostjo izvajalcev, določitev enotnih nacionalnih izobraževalnih in etičnih standardov, pravna zaščita profesionalnega naziva ter opredelitev kompetenc in odgovornosti. Ti zgodovinski primeri jasno dokazujejo, da samostojna zakonska ureditev zdravstvene nege ni izjema, temveč mednarodno uveljavljen standard, ki je ključnega pomena za varnost pacientov in strokovni razvoj poklicev.

Kljub dolgoletni tradiciji strokovne organizacije in njeni razvejani organiziranosti pa je treba poudariti, da zakonsko področje zdravstvene nege in babištva v Sloveniji nikoli ni bilo sistemsko urejeno s področnim zakonom. Zgodovinski pregled nam govori o dolgotrajnih in neuspešnih prizadevanjih strokovne javnosti. V novejšem času osnutki zakona o zdravstveni negi segajo že v leto 1997, vendar kljub strokovni pripravi in usklajevanju zakon ni bil sprejet zaradi nasprotovanja vplivnih interesnih skupin znotraj zdravstvenega sistema. Nadaljnji poskusi, vključno z ustanovitvijo regulativnega organa zbornice in preimenovanjem strokovne organizacije v Zbornico – Zvezo za zakon v letu 2011, prav tako niso prinesli ustrezne sistemske rešitve. Danes se zato v praksi kažejo številne vrzeli v regulaciji poklicev, nejasno opredeljenih kompetencah, pomanjkljivih standardih za izobraževanje in specializacije, vodenju in organizaciji dejavnosti, pomanjkanju zakonsko urejenega dokumentiranja, nejasni vlogi strokovnih združenj in statusu regulatornega telesa. Kot največja poklicna skupina v zdravstvu si želimo enakovrednega statusa pri zastopanosti v zdravstveni politiki in soodločanju o pomembnih, ključnih izhodiščih zdravstvenega sistema (Acheampong et al., 2021; Stewart et al., 2025).

S sprejemom Zakona o zdravstveni negi in babištvu bi Slovenija sledila mednarodnim usmeritvam, ki jih je že uveljavila večina članic Evropske unije in nekatere države Zahodnega Balkana (Bosna in Hercegovina, Hrvaška, Albanija). Sprejem zakona bi slovenske medicinske sestre in babice postavil v enakovreden položaj z drugimi reguliranimi poklici v zdravstvu, ki lasten zakon že imajo (Zakon o zdravniški službi, 2006; Zakon o lekarniški dejavnosti, 2016). Izkušnje iz tujine namreč kažejo, da prav vključitev širšega kroga poklicnih skupin v oblikovanje politik zdravstvenega sistema vodi v večjo osredotočenost na potrebe uporabnikov in uresničevanje javnega interesa. Slovenija se zato z zakonom o dejavnosti zdravstvene nege in babištva ustrezno umešča v zdravstveni sistem in tako postavlja temelje za pravičnejši, bolj trajnosten in kakovosten zdravstveni sistem. Brez lastnega zakona sta področji že desetletja podvrženi vplivom političnih interesov, za katere ni nujno, da koristijo strokam. Sprejetje zakona je zato strokovna, etična in sistemska nujnost (Acheampong et al., 2021; Shariff, 2015). Omogočilo bi stabilen, varen in avtonomen strokovni razvoj, vključno

s specializacijami. Zbornica – Zveza je v pripombah na osnutek zakona pozvala k ureditvi statusa regulatornega telesa in področja vodenja obeh dejavnosti, saj ti vidiki v predlogu zakona niso bili ustrezno opredeljeni.

Sprejem zakona ne pomeni izključevanja drugih strok, temveč utrjuje celovitost zdravstvenega sistema, v katerem imajo vse regulirane dejavnosti jasno določene pristojnosti, odgovornosti in strokovno samostojnost. Regulacija poklicev, kot sta medicinska sestra in babica, omogoča ravnotežje med avtonomijo stroke in odgovornostjo do družbe ter prispeva k zagotavljanju kakovostne zdravstvene obravnave. Krepitev kompetenc in profesionalni razvoj ustvarjata pogoje za učinkovito delo ter povečujeta privlačnost poklicev za mlade (Chen et al., 2024; Kennedy et al., 2015).

Pred 13 leti je v uvodniku glasila *Utrip* član delovne skupine za pripravo osnutka Zakona o dejavnosti zdravstvene in babiške nege doc. dr. Bregar zapisal, da bomo pri sprejemanju (takratnega) zakona zagotovo spet trčili ob različne interesne skupine, ki so prisotne v sistemu zdravstvenega varstva in nanj tudi vplivajo (Lekarniška zbornica, Zdravniška zbornica in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije), državo, ki nastopa v vlogi regulatorja (Bregar, 2012). Danes lahko rečemo, da je interesnih skupin še več. Nekaj pa lahko vseeno priznamo: v vseh teh desetletjih prizadevanj so izvajalci zdravstvene nege in babištva postali dejavni tudi izven svojih delovnih okolij, predvsem kot zagovorniki pravic uporabnikov zdravstvenih in socialnih storitev v lokalni skupnosti ter dostopnosti javnega zdravstvenega sistema. Javno mnenje, ki medicinske sestre in babice že desetletja uvršča v sam vrh glede zaupanja v poklice med Slovenkami in Slovenci, bo pri sprejetju zakona več kot le dobrodošlo.

Vse deležnike v sistemu zdravstvenega varstva pozivamo k odgovornemu in strokovno utemeljenemu dialogu, ki bo vodil k sprejemu Zakona o dejavnosti zdravstvene nege in babištva – zakona, ki bo zaščitil paciente, omogočil nadaljnji razvoj strok in zagotovil dolgoročno stabilnost slovenskega javnega zdravstva.

Conflict of interest/Nasprotje interesov

Avtorica je predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./The author is the president of the Nurses and Midwives Association of Slovenia.

Literature

Acheampong, A. K., Ohene, L. A., Asante, I. N. A., Kyei, J., Dzansi, G., Adjei, C. A., Adjorlolo, S., Boateng, F., Woolley, P., Nyante, F., & Aziato, L. (2021). Nurses' and midwives' perspectives on participation in national policy development, review and reforms in Ghana: A qualitative study. *BMC Nursing*, 20(1), Article 26.
<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00545-y>
PMid:33478481; PMCID:PMC7821498

aTrain Education. (n.d.). *A history of Nurse Practice Acts*.
<https://www.atrainceu.com/content/1-history-nurse-practice-acts>

Bregar, B. (2012). Izzivi politične (ne)moči ob Zakonu o dejavnosti zdravstvene, babiške nege in oskrbe. *Utrip*, XX(3), 4–5.

Berkopec, M., & Keršič, I. (2023). *Zaščitne sestre*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in babic Slovenije.

Chen, X., Yue, L., Li, B. et al. (2024). Status and related factors of professional growth among young nursing talents: A cross-sectional study in China. *BMC Nursing*, 23, Article 116.
<https://doi.org/10.1186/s12912-024-01790-7>
 PMid:38360608; PMCID:PMC10870662

De Baetselier, E., da Cunha Batalha, L. M., Sousa Pedro Seguro, J. M., Dijkstra, N. E., Grøndahl, V. A., Heczková, J., Helgesen, A. K., Lekše, R., Lillo-Crespo, M., Malara, A., Petraglia, L., Pokorná, A., Prosen, M., Tziaferi, S., & Dilles, T. (2025). EQUANU: Equality in Societal and Professional Recognition of Nurses-A Cross-Sectional Study on Societal and Professional Recognition of European Nurses. *Journal of Nursing Management*, 2025, Article 7466527.
<https://doi.org/10.1155/jonm/7466527>
 PMid:40223886; PMCID:PMC11985239

International Council of Nurses. (2009). *The regulation of nursing in Europe: Country comparisons and trends*. ICN.

International Council of Nurses. (2014). *Regulatory Board Governance Toolkit*. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/2014_Regulatory_Board_Governance_Toolkit.pdf

International Confederation of Midwives. (2025). *Global Standards for Midwifery Regulation*. ICM. *EN 6a Global Standards Midwifery Regulation without-1.pdf*.

Kennedy, C., O'Reilly, P., Fealy, G., & Casey, M. (2015). Comparative analysis of nursing and midwifery regulatory and professional bodies' scope of practice and associated decision-making frameworks: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 414–426.
<https://doi.org/10.1111/jan.12527> PMid:25376164
 PMid:25376164

Keršič, I., Klemenc, D., Berkopec, M., Mihelič Zajec, A., & Seničar, Z. (2017). *Negovanje dediščine skozi devet desetletij: organizirano delovanje medicinskih sester na Slovenskem*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in babic Slovenije.

Mivšek, P. A., Hundley, V., van Teijlingen, E., Pahor, M., & Hlebec, V. (2021). Slovenian midwifery professionalization: Perception of midwives and related health professions. *European Journal of Midwifery*, 5, Article 30.
<https://doi.org/10.18332/ejm/137664>

Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege. (2016). Uradni list Republike Slovenije Uradni list RS, št. 3/16 in 64/17.
<https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV12788>

Pravilnik o registru in licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene ali babiške nege. Uradni list Republike Slovenije, št. 152/20 in 195/21.
<https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV14015>

Shariff, N. (2014). Factors that act as facilitators and barriers to nurse leaders' participation in health policy development. *BMC Nursing*, 13, Article 20.
<https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-20>
 PMid:25053921; PMCID:PMC4105513

Stewart, D., Baird, K., White, J., & Buchan, J. (2025). Nursing and midwifery's impact on health policy development: A literature review. *International Nursing Review*, 72(3), Article e70061.
<https://doi.org/10.1111/inr.70061>
 PMid:40667746; PMCID:PMC12265404

ten Hoeve Y., Jansen G., & Roodbol P. (2014). The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295–309.
<https://doi.org/10.1111/jan.12177>
 PMid:23711235

The UK Government. (1919). *Nurses Registration Act 1919*.
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Geo5/9-10/94/contents/enacted>

Univerza v Ljubljani. Zdravstvena fakulteta. (2025). *Babistvo*.
<https://www.zf.uni-lj.si/si/predstavitev/organiziranost/oddelki-s-katedrami/babistvo-ok>

Zakon o lekarniški dejavnosti. (2016). Uradni list Republike Slovenije, št. 85/16 s spremembami.
<https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO7375>

Zakon o zdravniški službi. (2006). Uradni list Republike Slovenije, št. 72/06 s spremembami.
<https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO1395>

Zakon o zdravstveni dejavnosti. (1992). Uradni list Republike Slovenije, št. 23/92 s spremembami.
<https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=ZAKO214>

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. (n. d.). *Sekcija babc: zgodovina*. <https://zbornica-zveza.si/strokovne-sekcije/7-sekcija-babic/#zgodovina>

World Health Organization. (2020). *Nurses and midwives are the backbone of health care*: UN. United Nations News.
<https://news.un.org/en/story/2020/01/1054531>

World Health Organization. (2024). *Nursing and midwifery*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>

World Health Organization. (2025). *Strengthening the nursing and midwifery agenda globally*. <https://www.who.int/activities/strengthening-the-nursing-and-midwifery-agenda-globally>

Cite as/Citirajte kot:

Prelec, A., 2025. From historical efforts to current void: An opportunity for nursing and midwifery legislation. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(3), 156–161. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.3.3351>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Ocena kakovosti spanja pacientov v času hospitalizacije: eksplorativna raziskava

Assessment of sleep quality in patients during hospitalisation: An exploratory study

Jožefa Tomažič¹, Amadeus Lešnik¹, Mojca Dobnik^{1, 2, *}

Ključne besede: prebujanje; hrup; umetna svetloba; aktivnosti zdravstvene nege

Key words: sleep; waking up; noise; artificial light; nursing activities

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

² Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstveno vede, Žitna ul. 15, 2000 Maribor, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
mojca.dobnik@ukc-mb.si

IZVLEČEK

Uvod: V obdobju bolezni je kakovosten spanec zelo pomemben, ker pozitivno vpliva na metabolizem, uravnavanje hormonov in ohranjanje imunskega sistema. Namen raziskave je bil ocena kakovosti spanja hospitaliziranih pacientov ter identifikacija dejavnikov, ki vplivajo na spanje.

Metode: Izvedena je bila neeksperimentalna kvantitativna metoda raziskovanja. Instrument raziskave sestavljajo vprašalnik *Richards Campbell Sleep Questionnaire* in trinajst vprašanj/trditev, oblikovanih na podlagi pregleda literature, na priložnostnem vzorcu 100 pacientov. Vključenih je bilo 56 (56 %) žensk in 44 (44 %) moških. Anketiranci so bili stari od 19 do 89 let ($\bar{x} = 65,37$, $s = 15,676$). Povprečna ležalna doba anketiranih je bila 13,6 dni ($\bar{x} = 13,68$, $s = 12,178$).

Rezultati: Spanec med hospitalizacijo je kot slab (26,0 %) in zelo slab (12,5 %) skupaj ocenilo 38,5 % pacientov. Ženske so statistično značilno pogostejše kot moški ocenile, da imajo plitek spanec ($\bar{x} = 60,80$, $s = 28,88$) ($U = 865,500$, $p = 0,011$). Trajanje hospitalizacije ni bilo povezano s kakovostjo spanca ($r = -0,154$, $p = 0,127$). Hrup pred bolniško sobo v nočnem času je bil moteč za 5,0 % pacientov. Hrup, ki ga povzročajo zdravstveni delavci v sobi med izvajanjem aktivnosti pri drugem pacientu, moti 8,0 % pacientov.

Diskusija in zaključek: Manj kot polovica anketiranih je svoj spanec v času hospitalizacije ocenila kot slab ali zelo slab. Strategije za izboljšanje kakovosti spanja bi morale spadati med dejavnike kakovostne oskrbe hospitaliziranih pacientov.

ABSTRACT

Background: During illness, quality sleep is crucial as it has a positive effect on metabolism, hormone regulation, and immune system maintenance. The aim of this study was to assess the sleep quality of hospitalised patients and identify the factors affecting it.

Methods: A non-experimental quantitative research method was used. The survey instrument consisted of the Richards Campbell Sleep Questionnaire, and an additional 13 questions based on a literature review. The study sample consisted of 100 patients: 56 (56%) women and 44 (44%) men. Respondents' ages ranged from 19 to 89 years ($\bar{x} = 65.37$, $s = 15.676$). The mean length of stay was 13.6 days ($\bar{x} = 13.68$, $s = 12.178$).

Results: Sleep quality during hospitalisation was rated as poor (26.0%) and very poor (12.5%) by a total of 38.5% of patients. Women were statistically significantly more likely than men to report shallow sleep ($\bar{x} = 60.80$, $s = 28.88$) ($U = 865.500$, $p = 0.011$). Length of hospitalisation was not associated with sleep quality ($r = -0.154$, $p = 0.127$). Nighttime corridor noise outside the patient's room at night was reported as disturbing by 5.0% of patients. Noise from nurses attending to other patients in the same room was rated as disturbing by 8.0% the patients.

Discussion and conclusion: Less than half of patients rated their sleep quality during hospitalisation as poor or very poor. Strategies to improve sleep quality should be a key component of quality care for hospitalised patients.



Prejeto/Received: 10. 6. 2024
Sprejeto/Accepted: 19. 6. 2025

© 2025 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

Spanje je ena od neizogibnih vsakodnevnih življenjskih aktivnosti, ki ima pomembno vlogo pri zdravju, dobrem počutju in kakovosti vsakodnevnega življenja (Kheirinejad et al., 2023). Obnovitvena vloga spanja naj bi bila predvsem v preklupu možganov v funkcionalno stanje, kar olajša odstranjevanje razgradnih produktov, ki se v možganih kopičijo med budnostjo (Ettinger & Kumari, 2015). Dober spanec pozitivno vpliva na metabolizem, uravnavanje hormonov in ohranjanje imunskega sistema (Irwin, 2019; Kim et al., 2015). Priporočljiva dolžina nočnega spanja je takšna, da se zbudimo spočiti (Paruthi et al., 2016). Ljudje, ki spijo dovolj, imajo manj težav z odvečnimi kilogrami, visokim krvnim tlakom, presežkom holesterola v krvi in hormonskimi neravnovesji, saj je trajanje spanja povezano z mnogimi komponentami presnovnega sindroma, vključno z obsegom pasu, krvnim sladkorjem na tešče, krvnim tlakom in trigliceridi (Smiley, 2019).

Objektivna kakovost spanja se nanaša na to, kako težko nekdo zaspi, ostane v stanju spanja ter kolikokrat se ponoči prebudi. Premalo spanja ponoči ima številne dnevne posledice, kot so motnje razpoloženja, kognitivne motnje in prekomerna dnevna zaspanost (Ito & Inoue, 2015). Če pomanjkanje spanja traja dlje časa, se lahko pojavi slabše telesno in duševno zdravje ter znižana kakovost vsakodnevnega življenja (Rodriguez et al., 2015), saj je pomanjkanje spanja velik vir psihološkega in fiziološkega stresa (Van Laethem et al., 2015). Posledično pride do poslabšanja pozornosti, delovnega spomina, konsolidacije spominov, budnosti, presoje, odločanja in številnih drugih zmanjšanih kognitivnih zmogljivosti (Khan & Al-Jahdali, 2023).

V obdobju bolezni, ki predstavlja večjo telesno in duševno obremenitev, je kakovostni spanec še veliko bolj pomemben, saj so slaba kakovost in motnje spanja, opredeljene kot subjektivna zaznava in pritožba glede težav s spanjem (Shi et al., 2020), pri pacientih povezani z zmanjšanim in zapoznelim fizičnim ter kognitivnim okrevanjem (Pulak & Jensen, 2016). Poleg tega lahko pomanjkanje spanja prispeva k slabšemu okrevanju, podaljšan dolžini bivanja, zmanjšanemu subjektivnemu počutju in slabemu dojetanju pacientove bolnišnične oskrbe (Morse & Bender, 2019).

Na kakovost spanja pri hospitaliziranih pacientih vplivajo psihološki, biološki in okolijski dejavniki, ki se običajno med seboj prepletajo (Caddick et al., 2018; Dehvan et al., 2019). Spremenjen dnevni ritem, povezan s hospitalizacijo, povečana tesnoba, stres, napetost in strah, povezan z boleznijo, predstavljajo dejavnike, ki negativno vplivajo na spanje (Wesselius et al., 2018). Slednji so lahko posledica nepravilne higiene spanja (nespečnost kot posledica slabih spalnih navad in daljše ležanje v postelji), pogosto

pa so povezani tudi z okolijskimi dejavniki kot so hrup, umetna svetloba in nočno negovanje pacientov (Devlin et al., 2018).

Namen in cilji

Da bi olajšali proces zdravstvene nege ter omogočili zaposlenim v zdravstveni negi, da spodbujajo in izboljšajo kakovost spanja hospitaliziranih pacientov, je potrebna veljavna ocena kakovosti spanja in identifikacija vzrokov za slab spanec. Najpomembnejša kazalnika sta trajanje in kakovost spanja. Za natančno zajemanje trajanja in kakovosti spanja so potrebni parametri, na primer čas, potreben, da zaspimo (zakasnitev spanja), pogostost in trajanje nočnega prebujanja ter subjektivni občutek spočitosti (Ibáñez et al., 2018). V raziskavi smo proučili dejavnike, ki vplivajo na motnje spanja hospitaliziranih pacientov, ki ji lahko povzročajo zdravstveni delavci skozi delovni proces, delovna oprema, aparature za nadzor življenjskih funkcij, telekomunikacijski aparati in prostorska ureditev.

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna je kakovost spanja pacientov med hospitalizacijo in kateri dejavniki vplivajo na kakovost spanja hospitaliziranih pacientov, saj je za strokovni pristop k intervencijam za spodbujanje spanja potrebna ocena kakovosti spanja. Za doseganje namena raziskave smo postavili sledeče hipoteze:

H1: Večina pacientov (>75 % anketiranih) med hospitalizacijo subjektivno doživlja slabšo kakovost spanja.

H2: Povprečna ocena kakovosti spanja je nižja pri hospitaliziranih ženskah kot pri hospitaliziranih moških.

H3: Obstaja statistično značilna povezanost med subjektivno oceno kakovosti spanja in trajanjem hospitalizacije ter starostjo pacientov.

H4: Večino pacientov (>75 % anketiranih) ponoči moti hrup s hodnika pred bolniško sobo.

H5: Večino pacientov (>75 % anketiranih) v nočnem času moti hrup, ki ga povzročajo zdravstveni delavci pri izvajanju aktivnosti pri drugih pacientih.

Metode

Uporabljen je bila kvantitativna metoda raziskovanja. Podatki so bili zbrani s pomočjo anketiranja.

Opis instrumenta

Instrument raziskave je prosto dostopen vprašalnik *Richards Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ)* (Richards et al., 2000) z vizualno analogno lestvico, na kateri so anketiranci ocenjevali globino spanja, zaspanost, prebujanje in kakovost spanja, ki se v našem primeru nanaša na zadnje tri noči hospitalizacije pred anketiranjem. RCSQ je bil preveden iz angleškega

v slovenski jezik po uveljavljenih metodoloških standardih (Polit & Beck, 2021).

Ocena odgovorov na vprašanja RCSQ je bila po zgledu avtorja Krotsetis et al., 2017, razvrščena v štiri skupine: 1. skupina: ocena od 0 do 25 milimetra (mm) na lestvici RCSQ je veljala za zelo slab spanec; 2. skupina: ocena od 26 do 50 (mm) je veljala za slab spanec; 3. skupina: ocena od 51 do 75 (mm) je veljala za dober spanec in 4. skupina: ocena od 7 do 100 (mm) je veljala za zelo dober spanec. Vprašalniku RCSQ smo na podlagi pregleda literature (Villamor Ordozgoiti et al., 2017) dodali trinajst vprašanj/trditev o dejavnikih, ki vplivajo na kakovost spanja, na katera so anketiranci odgovarjali na petstopenjski Likertovi lestvici: do kakšne mere se z njimi strinjajo ali ne (ocena 5: »popolnoma se strinjam«, ocena 4: »strinjam se«, ocena 3: »niti se strinjam, niti se ne strinjam«, ocena 2: »ne strinjam se«, ocena 1: »sploh se ne strinjam«). Zanesljivost dodanih trditev smo preverili s koeficientom Cronbach alfa, ki je znašal 0,802.

Opis vzorca

Anketiranje je potekalo na priložnostnem vzorcu 100 pacientov, hospitaliziranih na oddelkih Klinike za interno medicino v terciarnem zdravstvenem zavodu. Osebnost smo anketirali najmanj sedem dni hospitalizirane paciente, starejše od 18 let, ki pred hospitalizacijo niso imeli težav s spanjem in po podatkih iz medicinske dokumentacije niso imeli diagnoze demenca ali delirij in niso bili pod vplivom pomirjeval. Vključenih je bilo 56 (56 %) žensk in 44 (44 %) moških. Anketiranci so bili stari od 19 do 89 let ($\bar{x} = 65,37$, $s = 15,676$), moški od 19 do 86 let ($\bar{x} = 62,64$, $s = 17,981$) ženske pa od 26 do 89 let ($\bar{x} = 67,52$, $s = 13,376$). Povprečna ležalna doba anketiranih je bila 13,6 dni ($\bar{x} = 13,68$, $s = 12,178$).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo v obdobju od 1. septembra 2023 do 15. januarja 2024. Vsi pacienti, sodelujoči v raziskavi, so bili informirani o namenu, načinu in vsebini raziskave ter osebno zaproseni za sodelovanje. Privolitev za sodelovanje so podali pisno. Sodelovanje v raziskavi je bilo anonimno, pacienti so lahko sodelovanje zavrnili oziroma kadarkoli iz raziskave izstopili. Podatke smo obdelali s programsko opremo IBM SPSS, verzija 29.0 (IBM Corp. Armonk, New York, ZDA).

Rezultati so bili analizirani z univariatno statistično analizo (frekvenčne distribucije in opisne statistike) in bivariatno metodo, ki smo jo uporabili glede na to, ali smo iskali povezanosti ali razlike. Sprva smo preverili normalnost porazdelitve podatkov. Za ugotavljanje porazdelitve podatkov smo uporabili Kolmogorov-Smirnov test. Rezultati slednjega so pokazali, da podatki nimajo normalne porazdelitve, zaradi česar smo za preverjanje statistično značilnih razlik po spolu uporabili Mann-Whitneyjev U-test, za iskanje povezanosti z dolžino hospitalizacije in starostjo pa Spearmanov koeficient korelacije. Za preizkus odstotnega deleža je bil uporabljen binomski test. Pri hipotezah, kjer smo raziskovali, ali »večina« pacientov doživlja določeno stanje, smo kot prag za pričakovano vrednost uporabili 75 %. Ta prag smo izbrali, ker odraža pomen »večine« kot pomembnega deleža populacije (Gates et al., 2017). Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila $p < 0,05$.

Rezultati

Glede na dejanske odgovore pri posameznih ocenah kakovosti spanja v RCSQ je razvidno, da so pacienti najvišjo povprečno oceno podali pri trditvi »Ko sem se ponoči zbudil/-a ali prebudil/-a, sem zaspal/-a takoj

Tabela 1: Ocena kakovosti spanja anketiranih po posameznih vprašanjih RCSQ

Kakovost spanja	Min	Maks	$\bar{x}$	s
Globok spanec.	5	98	53,11	27,40
Kako hitro ste zaspali.	0	100	54,40	30,38
Ko sem šel/šla spat, sem bil/-a malo časa buden/budna.	0	100	57,98	26,06
Ko sem se ponoči prebudil/a, sem zaspal/a nazaj takoj.	0	100	58,22	30,21
Svoj spanec bi ocenil/-a kot dober.	0	98	56,09	29,87

Legenda: min – minimalno; maks – maksimalno; $\bar{x}$ – povprečje; s – standardni odklon

Tabela 2: Ocena kakovosti spanja po razvrstitvi v skupine

Skupine	n	Opazovani deleži (%)	Testni delež (%)	p
Zelo slab spanec	12	12,5	75	0,008
Slab spanec	25	26,0		
Dober spanec	37	38,5		
Zelo dober spanec	22	22,9		

Legenda: % – odstotek; p – statistična značilnost

Tabela 3: Ocena motečih dejavnikov

Trditve	Odgovori (%)					$\bar{x}$	s
	Sploh se ne strinjam	Ne strinjam se	Niti se strinjam, niti se ne strinjam	Strinjam se	Popolnoma se strinjam		
V sobi je preveč pacientov.	69,0	12,0	8,0	2,0	9,0	1,80	1,41
V sobi je pogosto slab zrak.	59,0	18,0	9,0	7,0	7,0	1,71	1,20
Moti me svetloba z ulice.	77,0	8,0	6,0	5,0	4,0	1,55	1,13
Moti me svetloba aparatur v sobi.	81,0	10,0	5,0	1,0	3,0	1,46	1,06
Moti me hrup z ulice.	68,0	8,0	6,0	8,0	10,0	2,07	1,54
Moti me hrup aparatur v sobi.	77,0	12,0	5,0	1,0	5,0	1,42	1,14
Moti me hrup na hodniku pred sobo.	80,0	9,0	6,0	1,0	4,0	1,50	0,95
Moti me hrup, ki ga povzročajo zdravstveni delavci ob sprejemu novega pacienta.	81,0	5,0	6,0	4,0	4,0	1,46	1,12
Moti me hrup, ki ga povzročajo zdravstveni delavci ob izvajanju nočnih aktivnosti pri drugih pacientih.	80,0	4,0	8,0	6,0	2,0	1,50	1,13
Zadnje tri dni veliko spim podnevi.	30,0	28,0	19,0	19,0	4,0	2,38	1,21
Zadnje tri dni imam bolečine.	35,0	28,0	13,0	18,0	6,0	2,50	1,29
Zadnje tri dni sem podnevi precej razdražljiv.	54,0	28,0	4,0	12,0	2,0	1,87	1,13
Nihče me še ni vprašal, kako spim.	24,0	15,0	6,0	12,0	43,0	3,21	1,69

Legenda: % – odstotek; $\bar{x}$ – povprečje; s – standardni odklon

Tabela 4: Primerjava ocene spanja in motečih dejavnikov po spolu

Ocena spanja in trditve o motečih dejavnikih	Moški n = 44		Ženske n = 56		U	p
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s		
Globok spanec.	60,80	28,88	47,07	24,78	865,500	0,011
Skoraj takoj zaspal/-a.	62,02	30,17	48,41	29,44	925,000	0,033
Malo buden/-na.	62,82	25,75	54,18	25,89	972,000	0,071
Takoj zaspal/-a nazaj.	64,18	27,79	53,54	31,43	988,500	0,091
Dober nočni spanec.	59,82	29,90	53,16	29,79	1049,000	0,204
V sobi je preveč pacientov.	1,57	1,04	1,80	1,41	1177,500	0,643
V sobi je pogosto slab zrak.	2,02	1,32	1,71	1,20	1084,500	0,248
Moti me svetloba z ulice.	1,45	1,02	1,55	1,13	1211,500	0,847
Moti me svetloba aparatur v sobi.	1,20	0,51	1,46	1,06	1147,500	0,391
Moti me hrup z ulice.	1,55	1,15	2,07	1,54	1010,000	0,062
Moti me hrup aparatur v sobi.	1,36	0,81	1,52	1,14	1211,000	0,843
Moti me hrup na hodniku pred sobo.	1,27	0,59	1,50	1,16	1215,000	0,866
Moti me hrup, ki ga povzročajo medicinske sestre ob sprejemu novega pacienta.	1,43	0,95	1,46	1,13	1210,500	0,827
Moti me hrup, ki ga povzročajo medicinske sestre ob izvajanju nočnih aktivnosti pri drugih pacientih.	1,41	0,90	1,50	1,10	1227,000	0,960
Zadnje tri dni veliko spim podnevi.	2,41	1,26	2,38	1,18	1225,500	0,963
Zadnje tri dni imam bolečine.	2,09	1,25	2,50	1,29	1006,500	0,104
Zadnje tri dni sem podnevi precej razdražljiv.	1,70	1,07	1,88	1,13	1093,000	0,286
Nihče me še ni vprašal, kako spim.	3,52	1,69	3,21	1,69	1088,500	0,294
Odkar sem na zdravljenju dobivam zdravila za boljši spanec.	1,75	1,43	1,59	1,17	1208,000	0,826

Legenda: $\bar{x}$ – povprečje; s – standardni odklon; U – Mann-Whitneyjev U-test; p – statistična značilnost

Tabela 5: Povezava med starostjo, trajanjem hospitalizacije in oceno spanja

Ocena spanja in trditve o motečih dejavnikih	Trajanje hospitalizacije		Starost	
	rs	p	rs	p
Globok spanec.	- 0,128	0,206	- 0,204	0,042
Skoraj takoj zaspal/-a.	- 0,150	0,136	- 0,176	0,080
Malo buden/-na.	- 0,189	0,060	- 0,193	0,055
Takoj zaspal/-a nazaj.	- 0,129	0,202	- 0,120	0,234
Dober nočni spanec.	- 0,154	0,127	- 0,080	0,430
V sobi je preveč pacientov.	- 0,022	0,828	- 0,277	0,005
V sobi je pogosto slab zrak.	0,135	0,181	- 0,240	0,016
Moti me svetloba z ulice.	0,091	0,369	- 0,276	0,005
Moti me svetloba aparatur v sobi.	0,067	0,509	- 0,205	0,040
Moti me hrup z ulice.	0,069	0,496	- 0,169	0,092
Moti me hrup aparatur v sobi.	0,104	0,305	- 0,100	0,322
Moti me hrup na hodniku pred sobo.	- 0,112	0,269	- 0,374	<0,001
Moti me hrup, ki ga povzročajo medicinske sestre ob sprejemu novega pacienta.	- 0,098	0,330	- 0,310	0,002
Moti me hrup, ki ga povzročajo medicinske sestre ob izvajanju nočnih aktivnosti pri drugih pacientih.	- 0,046	0,651	- 0,296	0,003
Zadnje tri dni veliko spim podnevi.	0,259	0,009	0,009	0,928
Zadnje tri dni imam bolečine.	0,147	0,146	0,141	0,161
Zadnje tri dni sem podnevi precej razdražljiv.	0,037	0,713	- 0,116	0,248
Nihče me še ni vprašal, kako spim.	- 0,167	0,096	0,163	0,105
Odkar sem na zdravljenju, dobivam zdravila za boljši spanec.	0,202	0,044	- 0,140	0,165

Legenda: rs – Spearmanov koeficient korelacije; p – statistična značilnost

nazaj« (100 mm), »nisem mogel/mogla zaspati nazaj« (0 mm) ($\bar{x}$ = 58,22, s = 30,21), najnižjo povprečno oceno pa pri globini spanca: »globok spanec« (100 mm), »plitev spanec« (0 mm) ($\bar{x}$ = 53,11, s = 27,40), kar smo prikazali v Tabeli 1.

Odgovore iz Tabele 1, ki smo jih razvrstili v štiri skupine, pri čemer je ocena od 0 do 25 (mm) na lestvici RCSQ veljala za zelo slab spanec, ocena od 26 do 50 (mm) slab spanec; ocena od 51 do 75 (mm) dober spanec in ocena od 76 do 100 (mm) zelo dober spanec, smo prikazali v Tabeli 2. 12,5 % pacientov je za oceno svojega spanca izbralo oceno 0–25 mm, 26,0 % 26–50 mm, 38,5 % 51–75 mm in 22,9 % 76–100 mm.

Rezultati so pokazali, da je 38,5 % pacientov ocenilo svoj spanec kot slab (26,0 %) ali zelo slab (12,5 %), kar je bilo statistično značilno pod pričakovanji v višini 75 % (p = 0,008). Najbolj so se pacienti strinjali s trditvijo, da jih nihče ni vprašal, kako spijo ($\bar{x}$ = 3,21, s = 1,69), saj se je 43,0 % pacientov s trditvijo popolnoma strinjalo, 12,0 % pa se je s trditvijo strinjalo. Sledi trditev »Zadnje tri dni veliko spim podnevi« ($\bar{x}$ = 2,38, s = 1,21). Z omenjeno trditvijo se je 4,0 % pacientov popolnoma strinjalo in 19,0 % pacientov strinjalo (Tabela 3).

Pričakovali smo, da večino pacientov (75,0 %) motita hrup s hodnika pred bolniško sobo ter hrup, ki ga povzročajo zdravstveni delavci v sobi med izvajanjem aktivnosti pri drugem pacientu, vendar se je s trditvijo, da jih moti hrup s hodnika, strinjalo

in popolnoma strinjalo le 5,0 % pacientov, kar je bilo statistično značilno manj od pričakovanih 75 % (p < 0,001).

Podobno se je s trditvijo, da jih v nočnem času moti hrup, ki ga povzročajo zdravstveni delavci v sobi med oskrbo drugega pacienta, strinjalo in popolnoma strinjalo le 8,0 % pacientov. Tudi ta rezultat je bil statistično značilno nižji od pričakovanih (p < 0,001).

Z opravljeno raziskavo ugotavljamo, da so ženske ($\bar{x}$ = 47,07, s = 24,78) statistično značilno pogostejše kot moški ($\bar{x}$ = 60,80, s = 28,88) (U = 865,500, p = 0,011) ocenile spanec kot plitev. Statistično značilne razlike med ženskami in moškimi so se pokazale še pri drugih dejavnikih: ženske ($\bar{x}$ = 48,41, s = 29,44) so imele večje težave od moških ($\bar{x}$ = 62,02, s = 30,17), ko so šle spat in niso mogle zaspati (U = 925,000, p = 0,33). Pri motečih dejavnikih statistično značilnih razlik v mnenju moških in žensk ni bilo (p > 0,05) (Tabela 4).

Povezava med starostjo in globino spanca je bila statistično značilna in nizke moči, kar pomeni, da so starejši spali plitveje. Dolžina hospitalizacije ni bila povezana s kakovostjo spanca. Analiza je pokazala statistično značilne korelacije med zaznamim nelagodjem mlajših pacientov in različnimi okolijskimi dejavniki, med katerimi so: število pacientov v sobi, slaba kakovost zraka, prisotnost svetlobe z ulice in iz aparatur ter različni viri hrupa – tako s hodnika kot ob izvajanju nočnih aktivnosti s strani zdravstvenega osebja (Tabela 5).

Diskusija

Raziskava je bila usmerjena v oceno kakovosti spanja hospitaliziranih pacientov ter identifikacijo dejavnikov, ki vplivajo na kakovost spanja. Manj kot polovica anketiranih pacientov v raziskavi je ocenila svoj spanec kot slab ali zelo slab, kar kaže, da prve hipoteze nismo potrdili. Rezultati izvedene raziskave so nižji kot v objavljenih študijah (Dobing et al., 2016; Javadi et al., 2015; Matsuda et al., 2017), ki so pokazale, da se razširjenost slabe kakovosti spanja pri hospitaliziranih pacientih giblje med 43 % in 91 %. Kljub dejstvu, da je dobro spanje pomemben dejavnik zdravja, je skrb za dobro spanje v času hospitalizacije pogosto prezrto, programi, ki se osredotočajo na kakovost spanja, pa so zelo redki (Ramar et al., 2021). Z opravljeno raziskavo smo ugotovili, da imajo ženske statistično značilno plitvejši spanec kot moški, in s tem potrdili drugo hipotezo. Da je na splošno nespečnost večja pri ženskah kot pri moških, ugotavljajo tudi Wilson et al., 2019. Po menopavzi se namreč poveča pojavnost motenj dihanja med spanjem, zato je klinična slika, ki pogosto vključuje nespečnost, pri ženskah drugačna kot pri moških. Večina žensk dokaj zlahka zaspi, vendar se pogosteje zbujajo. Čeprav se lahko individualne izkušnje razlikujejo, imajo ženske več težav s kakovostjo spanja, kar je lahko povezano s hormonskimi in življenjskimi dejavniki (Sedov et al., 2018).

Tretje hipoteze, da je kakovost spanja povezana s trajanjem hospitalizacije in starostjo pacientov, nismo potrdili. Predpostavlja se, da primanjkljaj kakovostnega spanja v času hospitalizacije negativno vpliva na pacientovo samokontrolo in regulacijo čustev, ki se lahko pokažejo z razdražljivostjo in nesprejemljivim odklonskim vedenjem (Nelson et al., 2022; Van Veen et al., 2021). V izvedeni raziskavi je dobra desetina anketiranih pacientov pritrdila, da so bili zadnje tri dni precej razdražljivi.

V izvedeni raziskavi večine pacientov v nočnem času ne moti hrup iz hodnika pred bolniško sobo ali hrup, ki ga povzročajo zdravstveni delavci v bolniški sobi, ko izvajajo aktivnosti pri drugem pacientu, kar je v nasprotju z ugotovitvami (Cho et al., 2015; Hastings et al., 2018; Kulpatcharapong et al., 2020), da sta izpostavljenost hrupu in svetlobi najbolj moteča dejavnika, ki prispevata k slabi kakovosti spanja. Znano je, da svetloba zavira sproščanje melatonina, snovi, ki spodbuja spanje (Hastings et al., 2018). Tako zadnjih dveh hipotez nismo potrdili. Kljub temu pa smo ugotovili, da mlajše paciente nekoliko bolj kot starejše moti preveč pacientov v sobi, slab zrak v sobi, svetloba (z ulice ali aparatur v sobi) ter hrup (na hodniku pred sobo, hrup, ki ga povzročajo zdravstveni delavci ob sprejemu novega pacienta, in hrup, ki ga povzročajo zdravstveni delavci ob izvajanju nočnih aktivnosti pri drugih pacientih). Priporočena je sprememba zvočnega in svetlobnega okolja, kar se je izkazalo za učinkovito pri izboljšanju spanja v

bolnišnicah (DuBose & Hadi, 2016). Ugotovitev, da pacientov hrup iz hodnika in hrup, ki ga povzročajo zdravstveni delavci ob izvajanju nočnih aktivnosti pri drugih pacientih, večinoma ne motita, je v nasprotju z nekaterimi predhodnimi raziskavami. Možen razlog je dobra organizacija dela, ustrezna prostorska ureditev ali večja prilagojenost pacientov na bolnišnično okolje in subjektivna zaznava pacienta, ki je lahko odvisna od posameznikovih pričakovanj in tolerance do hrupa.

Težave s spanjem so ena najpogostejših težav pri starejših odraslih in so povezane z negativnimi zdravstvenimi posledicami (Barros et al., 2019; Dangol et al., 2020). V času hospitalizacije je ocena kakovosti spanja pri pacientih pomemben dejavnik kakovostne zdravstvene oskrbe (Krotsetis et al., 2017), ki se ji v kliničnem okolju posveča premalo pozornosti. V izvedeni raziskavi se je več kot polovica vprašanih pacientov strinjala s trditvijo, da jih zadnje tri dni ni nihče vprašal, kako spijo.

Kljub zaznavam slabe kakovosti spanja hospitaliziranih pacientov je za zagotavljanje kakovostnega spanca v praksi storjenega relativno malo. Paciente je treba redno spraševati o kakovosti spanja ali poskušati spremljati spanje bodisi z uporabo enega od potrjenih orodij za ocenjevanje, kot je *Richards Campbell Sleep Questionnaire*, bodisi z neformalno oceno ob postelji (Devlin et al., 2018). V izvedeni raziskavi ugotavljamo, da več kot polovice anketiranih v času hospitalizacije ni nihče vprašal, kako spijo, kar pa je seveda subjektivna ocena »starejših, bolnih« pacientov, saj se v anketiranje pacientov ni vključevalo mnenja zdravstvenih delavcev o resničnosti takšnega odgovora.

Za zagotavljanje kakovostnega spanja v času hospitalizacije se lahko uporabljajo različne metode, kot so: reden čas za spanje in zburjanje, udobna postelja, primerna sobna temperatura in tiho okolje brez odvečne svetlobe. Izpostavljenost svetlobi zvečer lahko poveča budnost in vznemirjenost več ur po izpostavljenosti svetlobi (Wood et al., 2013). V opravljeni raziskavi ugotavljamo, da svetloba aparatur v sobi in hrup iz ulice bolj motita moške kot ženske, kljub temu da imajo ženske statistično značilno plitvejši spanec kot moški. Pri ostalih motečih dejavnikih bistvenih razlik v mnenju moških in žensk ni bilo. Kronična bolečina in čezmerno spanje podnevi sta pogosto povezana z motnjami spanja v nočnem času (Mathias et al., 2018). Podobno ugotavljajo tudi Dobing et al. (2016), da je bolečina eden najpogostejših razlogov za slabo spanje pacientov. Pomembni ukrepi za izboljšanje kakovosti spanja so ocena in preprečevanje bolečine ter izvajanje ukrepov proti čezmernemu spanju podnevi (Chen et al., 2022). Nekaj manj kot četrtina anketiranih v raziskavi je potrdila, da imajo zadnje tri dni bolečine in da veliko spijo podnevi. Čeprav se pogosto zdi, da je najlažja in preprosta rešitev za številne težave terapija z zdravili, so za spodbujanje spanja v bolnišnicah smiselni predvsem nefarmakološki posegi (Brito et al., 2020).

Podatki objavljenih razpoložljivih raziskav (Almondes et al., 2021; Altena et al., 2020; Sateia et al., 2017) kažejo, da lahko večkomponenten protokoliziran pristop k izboljšanju spanja, ki daje prednost nefarmakološkim ukrepom, pacientom ponudi najboljše možnosti za boljši nočni spanec (Devlin et al., 2018). Ne glede na pridobljene rezultate v opravljeni raziskavi pri njihovi interpretaciji ne smemo pozabiti na možnost, da gre lahko pri posameznem pacientu za paradokso nespečnost (sam ima občutek, da ne spi, vendar je objektivno njegovo spanje normalno), saj je znano, da nespečniki podcenjujejo ter zaradi tesnobe in stresa napačno zaznavajo svoje spanje (Ren et al., 2023).

Razumevanje nastanka motenj spanja in vedenjski pristopi, ki so se v zdravstveni oskrbi izkazali kot učinkoviti pri doseganju boljše kakovosti spanja, so pogovor, meditacija, sprostitvene tehnike in druge oblike terapije, ki pomagajo zmanjšati tesnobo in stres. Prav tako je treba posvetiti vso možno pozornost ukrepom za zmanjšanje okolijskih dejavnikov, kot so hrup, razsvetljava in negovalni posegi, ki so v številnih študijah navedeni med najpogostejšimi motilci spanja (Devlin et al., 2018). Smiselno je omejiti nepotrebne nočne posege, skrbeti za udobje pacientovega ležišča ter omogočiti osnovne prilagoditve glede na individualne potrebe. Pomembno vlogo imata tudi informiranje pacientov o spanju v bolnišnici in individualiziran pristop, ki upošteva njihove spalne navade in morebitne motnje že pred hospitalizacijo.

Omejitve raziskave predstavljata geografska omejitev, saj so bili vanjo vključeni pacienti le ene večje bolnišnice, in dejstvo, da so bili anketirani samo pacienti z oddelkov Klinike za interno medicino. Omejeno število anketiranih pacientov omejuje posplošljivost naših ugotovitev. Ker so v raziskavi uporabljene subjektivne ocene spanja, obstaja možnost pristranskosti. Prav tako vidimo omejitve, da se je naša raziskava nanašala le na zadnje tri dni hospitalizacije, saj bi z daljšim spremljanjem lahko dobili boljši vpogled v resnično kakovost spanja, na katero vpliva hospitalizacija. Za izboljšanje posplošljivosti bi bilo smiselno vključiti več bolnišnic iz različnih regij ter razširiti raziskavo na različne klinične oddelke. Večji in raznolikejši vzorec bi omogočil bolj reprezentativne rezultate. Namesto zgolj subjektivnih ocen bi bilo priporočljivo vključiti tudi objektivne metode merjenja spanja (npr. aktigrafijo). Prav tako bi daljše obdobje spremljanja spanja omogočilo natančnejšo oceno vpliva hospitalizacije na kakovost spanja. Nepotrjene hipoteze poudarjajo pomen kontekstualnih razlik in potrjujejo potrebo po nadaljnjih raziskavah, ki bi upoštevale širše vzorce ter vključile kombinacijo subjektivnih in objektivnih meril.

Zaključek

Slaba kakovost spanja hospitaliziranih pacientov je običajno povezana z nekaterimi sprožilnimi dogodki, kot so stres, bolečina, bolezen, sprememba

okolja in številni dejavniki iz okolja. Predvsem slednji povzročajo veliko nočnih prebujanj in bi se jim lahko izognili. Ugotovitve raziskave kažejo, da je več kot polovica anketiranih pacientov zadovoljnih s kakovostjo spanja in da je večina dejavnikov, ki negativno vplivajo na kakovost njihovega spanja, povezanih z bolnišničnim okoljem.

Strategije za izboljšanje kakovosti spanja spadajo med dejavnike kakovostne oskrbe hospitaliziranih pacientov in poudarjajo potrebo po veljavni oceni pacientove ocene kakovosti spanja. Preučevanje neposrednih učinkov na kakovost spanja je ključnega pomena za razvoj intervencij za spodbujanje boljšega spanja, saj je le z ustrežno oceno kakovosti spanja mogoče zagotoviti strokovne intervencije za izboljšanje kakovosti spanja pacientov.

Nasprotje interesov/Conflict of interests

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško - Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) ter 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

Avtorji so konceptualno skupaj zastavili raziskavo in sodelovali pri analizi in interpretaciji ugotovitev. Pri pisanju članka so avtorji sodelovali enakovredno./The authors jointly conceptualised the study design. The co-author participated in the analysis and interpretation of the findings. In the writing of the article both authors participated equally.

Literatura

Almondes, K. M. de, Marín Agudelo, H. A., & Jiménez-Correa, U. (2021). Impact of sleep deprivation on emotional regulation and the immune system of healthcare workers as a risk factor for COVID-19: Practical recommendations from a task force of the Latin American Association of Sleep Psychology. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 564227. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.564227>

- Altena, E., Baglioni, C., Espie, C. A., Ellis, J., Gavriloff, D., Holzinger, B., Schlarb, A., Frase, L., Jernelöv, S., & Riemann, D. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *Journal of Sleep Research*, 29(4), Article e13052. <https://doi.org/10.1111/jsr.13052> PMID:32266783; PMCID:PMC7262070
- Barros, M. B. de A., Lima, M. G., Ceolim, M. F., Zancanella, E., & Cardoso, T. A. M. de O. (2019). Quality of sleep, health and well-being in a population-based study. *Revista De Saúde Pública*, 53, Article 82. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001067>
- Brito, R. A., do Nascimento Rebouças Viana, S. M., Beltrão, B. A., de Araújo Magalhães, C. B., de Bruin, V. M. S., & de Bruin, P. F. C. (2020). Pharmacological and non-pharmacological interventions to promote sleep in intensive care units: A critical review. *Sleep and Breathing*, 24, 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.sleepe.2020.04.003> PMID:32270233; PMCID:PMC7141606
- Caddick, Z. A., Gregory, K., Arsintescu, L., & Flynn-Evans, E. E. (2018). A review of the environmental parameters necessary for an optimal sleep environment. *Building and Environment*, 132, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2018.01.008>
- Chen, J., Chen, N., Huang, T., Huang, N., Zhuang, Z., & Liang, H. (2022). Sleep pattern, healthy lifestyle and colorectal cancer incidence. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 18(3), 573–584. <https://doi.org/10.5664/jcsm.9532> PMID:35225524; PMCID:PMC8865532
- Cho, Y., Ryu, S.-H., Lee, B. R., Kim, K. H., Lee, E., & Choi, J. (2015). Effects of artificial light at night on human health: A literature review of observational and experimental studies applied to exposure assessment. *Chronobiology International*, 32(9), 1294–1310. <https://doi.org/10.3109/07420528.2015.1073155> PMID:26373238; PMCID:PMC4812194
- Dangol, M., Shrestha, S., & Rai Koirala, S. K. (2020). Insomnia and its associated factors among older people of selected ward of Banepa municipality, Nepal. *Nursing Open*, 7(1), 355–363. <https://doi.org/10.1002/nop2.421> PMID:31659129; PMCID:PMC6962393
- Dehvan, F., Dalvand, S., Mirhassani, K., Amini, M., Hosseini, S., Kheirabadi, P., & Ghanei-Gheshlagh, R. (2019). Evaluation of the relationship between depression, anxiety, and stress with sleep quality in nursing students. *Journal of Sleep Sciences*, 4(3–4), 81–85. <https://doi.org/10.18502/jss.v4i3-4.3451>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., & Rochweg, B. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299> PMID:30179977; PMCID:PMC6135825
- Dobing, S., Frolova, N., McAlister, F., & Ringrose, J. (2016). Sleep quality and factors influencing self-reported sleep duration and quality in the general internal medicine inpatient population. *PLoS One*, 11(6), Article e0156735. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156735> PMID:27331940; PMCID:PMC4914042
- DuBose, J. R., & Hadi, K. (2016). Improving inpatient environments to support patient sleep. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(5), 540–553. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw079> PMID:27512130; PMCID:PMC5134570
- Ettinger, U., & Kumari, V. (2015). Effects of sleep deprivation on inhibitory biomarkers of schizophrenia: Implications for drug development. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1028–1035. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00233-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00233-1) PMID:26478196
- Gates, K. M., Lane, S. T., Varangis, E., Giovanello, K., & Guiskewicz, K. (2017). Unsupervised classification during time-series model building. *Multivariate Behavioral Research*, 52(2), 129–148. <https://doi.org/10.1080/00273171.2016.1256187> PMID:27834419; PMCID:PMC5594605
- Hastings, M. H., Maywood, E. S., & Brancaccio, M. (2018). Generation of circadian rhythms in the suprachiasmatic nucleus. *Nature Reviews Neuroscience*, 19(8), 453–469. <https://doi.org/10.1038/s41583-018-0026-z> PMID:29992991; PMCID:PMC6066557
- Ibáñez, V., Silva, J., & Cauli, O. (2018). A survey on sleep assessment methods. *PeerJ*, 6, Article e4849. <https://doi.org/10.7717/peerj.4849> PMID:29844990; PMCID:PMC5971842
- Irwin, M. R. (2019). Sleep and inflammation: Partners in sickness and in health. *Nature Reviews Immunology*, 19(11), 702–715. <https://doi.org/10.1038/s41577-019-0190-z> PMID:31289370
- Ito, E., & Inoue, Y. (2015). The international classification of sleep disorders, American Academy of Sleep Medicine. *Nihon Rinsho. Japanese Journal of Clinical Medicine*, 73(6), 916–923.
- Javadi, N., Darvishpour, A., Mehrdad, N., & Lakeh, N. M. (2015). Survey of sleep status and its related factors among hospitalized patients with heart failure. *The Journal of Tehran University Heart Center*, Article 9.

- Khan, M. A., & Al-Jahdali, H. (2023). The consequences of sleep deprivation on cognitive performance. *Neurosciences Journal*, 28(2), 91–99.
<https://doi.org/10.17712/nsj.2023.2.20220108>
PMid:37045455; PMCID:PMC10155483
- Kheirinejad, S., Visuri, A., Ferreira, D., Hosio, S. (2023). 'Leave your smartphone out of bed': Quantitative analysis of smartphone use effect on sleep quality. *Personal and Ubiquitous Computing*, 27(2), 447–466.
<https://doi.org/10.1007/s00779-022-01694-w>
PMid:36405389; PMCID:PMC9643910
- Kim, T. W., Jeong, J.-H., & Hong, S.-C. (2015). The impact of sleep and circadian disturbance on hormones and metabolism. *International Journal of Endocrinology*, 2015, Article 591729.
<https://doi.org/10.1155/2015/591729>
PMid:25861266; PMCID:PMC4377487
- 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.
- Krotsetis, S., Richards, K. C., Behncke, A., & Köpke, S. (2017). The reliability of the German version of the Richards Campbell Sleep Questionnaire. *Nursing in Critical Care*, 22(4), 247–252.
<https://doi.org/10.1111/nicc.12181>
PMid:27481434
- Kulpatcharapong, S., Chewcharat, P., Ruxrungtham, K., Gonlachanvit, S., Patcharatrakul, T., Chaitusaney, B., Muntham, D., Reutrakul, S., & Chirakalwasan, N. (2020). Sleep quality of hospitalized patients, contributing factors, and prevalence of associated disorders. *Sleep Disorders*, 2020, Article 8518396.
<https://doi.org/10.1155/2020/8518396>
PMid:32082386; PMCID:PMC7005680
- Mathias, J. L., Cant, M. L., & Burke, A. L. J. (2018). Sleep disturbances and sleep disorders in adults living with chronic pain: A meta-analysis. *Sleep Medicine*, 52, 198–210.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.05.023>
PMid:30314881
- Matsuda, R., Kohno, T., Kohsaka, S., Fukuoka, R., Maekawa, Y., Sano, M., Takatsuki, S., & Fukuda, K. (2017). The prevalence of poor sleep quality and its association with depression and anxiety scores in patients admitted for cardiovascular disease: A cross-sectional designed study. *International Journal of Cardiology*, 228, 977–982.
<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.11.153>
PMid:27919528
- Morse, A. M., & Bender, E. (2019). Sleep in hospitalized patients. *Clocks & Sleep*, 1(1), 151–165.
<https://doi.org/10.3390/clockssleep1010014>
PMid:33089161; PMCID:PMC7509688
- Nelson, K. L., Davis, J. E., & Corbett, C. F. (2022). Sleep quality: An evolutionary concept analysis. *Nursing Forum*, 57(1), 144–151.
<https://doi.org/10.1111/nuf.12647>
PMid:34546656
- Paruthi, S., Brooks, L. J., D'Ambrosio, C., Hall, W. A., Kotagal, S., Lloyd, R. M., Malow, B. A., Maski, K., Nichols, C., & Quan, S. F. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: A consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 12(6), 785–786.
<https://doi.org/10.5664/jcsm.5866>
PMid:27250809; PMCID:PMC4878264
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). Systematic reviews of research evidence. In *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11th ed., pp. 655–697). Wolters Kluwer.
- Pulak, L. M., & Jensen, L. (2016). Sleep in the intensive care unit: A review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 31(1), 14–23.
<https://doi.org/10.1177/0885066614552868>
PMid:25336453
- Ramar, K., Malhotra, R. K., Carden, K. A., Martin, J. L., Abbasi-Feinberg, F., Aurora, R. N., Kapur, V. K., Olson, E. J., Rosen, C. L., & Rowley, J. A. (2021). Sleep is essential to health: An American Academy of Sleep Medicine position statement. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(10), 2115–2119.
<https://doi.org/10.5664/jcsm.9356>
PMid:34569687; PMCID:PMC8516535
- Ren, W., Zhang, N., Sun, Y., Pan, L., Hou, Y., Li, D., Huang, X., Liu, K., Sun, H., Sun, Y., Lv, C., Yu, Y., & Han, F. (2023). The REM microarousal and REM duration as the potential indicator in paradoxical insomnia. *Sleep Medicine*, 109, 110–117.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.06.011>
PMid:37429109
- Richards, K. C., O'Sullivan, P. S., & Phillips, R. L. (2000). Measurement of sleep in critically ill patients. *Journal of Nursing Measurement*, 8(2), 131–144.
<https://doi.org/10.1891/1061-3749.8.2.131>
PMid:11227580
- Rodriguez, J. C., Dzierzewski, J. M., & Alessi, C. A. (2015). Sleep problems in the elderly. *Medical Clinics*, 99(2), 431–439.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107294967.018>
- Sateia, M. J., Buysse, D. J., Krystal, A. D., Neubauer, D. N., & Heald, J. L. (2017). Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 13(2), 307–349.
<https://doi.org/10.5664/jcsm.6470>
PMid:27914609; PMCID:PMC5280088

- Sedov, I. D., Cameron, E. E., Madigan, S., & Tomfohr-Madsen, L. M. (2018). Sleep quality during pregnancy: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 38, 168–176.
<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.06.005>
PMid:28736182
- Shi, T., Min, M., Sun, C., Zhang, Y., Liang, M., & Sun, Y. (2020). Does insomnia predict a high risk of cancer: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Journal of Sleep Research*, 29(1), Article e12876.
<https://doi.org/10.1111/jsr.12876>
PMid:30900797
- Smiley, A. (2019). *Association of sleep and metabolic syndrome/metabolic syndrome components among participants in Jackson heart study (JHS) and the reasons for geographic and racial differences in stroke (REGARDS)* [doktorska dizertacija, Indiana University].
- Van Laethem, M., Beckers, D. G. J., Kompier, M. A. J., Kecklund, G., van den Bossche, S. N. J., & Geurts, S. A. E. (2015). Bidirectional relations between work-related stress, sleep quality and perseverative cognition. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(5), 391–398.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.08.004>
PMid:26412211
- Van Veen, M. M., Lancel, M., Beijer, E., Remmelzwaal, S., & Rutters, F. (2021). The association of sleep quality and aggression: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sleep Medicine Reviews*, 59, Article 101500.
<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101500>
PMid:33743056
- Villamor Ordozgoiti, A., Priu Parra, I., España Salvador, M. C., Torres Valdés, C., Bas Ciudad, M. P., & Ponce Quilez, M. R. (2017). Intervention to reduce the impact of light and noise on sleep in an emergency department observation area. *Emergencias: Revista de La Sociedad Espanola de Medicina de Emergencias*, 29(1), 39–42.
<http://europepmc.org/abstract/MED/28825267>
PMid:28825267
- Wesselius, H. M., Van Den Ende, E. S., Alsmas, J., Ter Maaten, J. C., Schuit, S. C. E., Stassen, P. M., de Vries, O. J., Kaasjager, K. H. A. H., Haak, H. R., & Van Doormaal, F. F. (2018). Quality and quantity of sleep and factors associated with sleep disturbance in hospitalized patients. *JAMA Internal Medicine*, 178(9), 1201–1208.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.2669>
PMid:30083755
- Wilson, S., Anderson, K., Baldwin, D., Dijk, D.-J., Espie, A., Espie, C., Gringras, P., Krystal, A., Nutt, D., & Selsick, H. (2019). British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update. *Journal of Psychopharmacology*, 33(8), 923–947.
<https://doi.org/10.1177/0269881119855298>
PMid:31223101
- 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:

Tomažič, J., Lešnik, A., & Dobnik, M. (2025). Ocena kakovosti spanja pacientov v času hospitalizacije: eksplorativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(3), 162–171. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.3.3302>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Tetovaže med zaposlenimi v zdravstveni negi: kvantitativna raziskava

Tattoos among nursing staff: A quantitative study

Jasmina Hadžić^{1,*}, Mateja Bahun²

Ključne besede: poslikava telesa; družbena percepcija; družbena stigma; odnosi med medicinsko sestro in pacienti

Key words: body art; social perception; nurse-patient relations; social stigma

¹ Splošna bolnišnica Jesenice, Cesta maršala Tita 112, 4270 Jesenice, Slovenija

² Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
jasminahadzic19@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Osebna urejenost in videz sta izrednega pomena z vidika vtisa, ki ga zdravstveni delavci naredijo na pacienta. Tatu kot del »body arta« postaja v družbi vedno bolj razširjen, raziskave pa kažejo, da so tetovirani posamezniki še vedno deležni predsodkov. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno mnenje in odnos do tetovaž imajo zaposleni v zdravstveni negi.

Metode: Izvedena je bila deskriptivna kvantitativna raziskava. Podatki so bili zbrani maja 2023 s spletnim anketnim vprašalnikom, ki je bil ustvarjen za namen te raziskave, z visoko zanesljivostjo ($\alpha = 0,913$). Vzorec je bil priložnostni, obravnaval je 193 zaposlenih v zdravstveni negi na Gorenjskem. Uporabljene so bile univariatne in bivariatne statistike.

Rezultati: 37,8 % anketiranih je tetoviranih, od tega jih ima 71,2 % tetovažo na mestu, na katerem je drugim vidna. S trditvami, ki so po svojem pomenu odklonilne do tetovaž, se anketiranci v povprečju ne strinjajo ($\bar{x} = 1,16-1,83$), se pa kaže statistično pomembna in pozitivna povezava glede na starost ($p = 0,001-0,011$, $r = 0,183-0,237$), glede na delovno dobo anketirancev ($p = 0,001-0,028$, $r = 0,158-0,277$) in pri nekaterih trditvah glede na stopnjo izobrazbe ($p = 0,001-0,048$).

Diskusija in zaključek: Tetovaže so v sodobni družbi vedno pogostejše, s čimer se povečuje tudi potreba po sprejemanju drugačnosti. Percepcija strokovnosti je odvisna tudi od zunanjega videza, zato naj bo pozornost osredinjena v krepitev profesionalne podobe na eni strani in razvijanje politike strpnosti in sprejemanja na drugi.

ABSTRACT

Introduction: Personal grooming and appearance are extremely important in terms of the impression healthcare professionals make on patients. Although tattoos have become increasingly popular, research shows they remain stigmatised in society. The aim of our study was therefore to examine healthcare workers' opinions and attitudes towards tattoos.

Methods: We conducted a descriptive quantitative study. Data were collected in May 2023 using a purpose-designed online questionnaire with high reliability ($\alpha = 0.913$). We used a purposive sample consisting of 193 healthcare workers in the Gorenjska region. We conducted univariate and bivariate statistical analyses.

Results: Of our respondents, 37,8% had tattoos, and 71,2% of these had tattoos in a visible location. On average, respondents disagreed with negative statements about tattoos ($\bar{x} = 1.16-1.83$). However, there was a statistically significant positive correlation between age ($p = 0.001-0.011$, $r = 0.183-0.237$), work experience ($p < 0.001-0.028$, $r = 0.158-0.277$), and, for some statements, education level ($p < 0.001-0.048$).

Discussion and conclusion: Increasing prevalence of tattoos in modern society calls for greater acceptance of diversity. As perceptions of professionalism are also influenced by appearance, efforts should focus on both strengthening professional image and developing policies that promote tolerance and acceptance.



Uvod

Izvajalci zdravstvene nege imajo pri delu z ljudmi pomembno vlogo, saj s pacienti preživljajo najbolj ranljive trenutke, zato je pomembno gojiti medsebojno zaupanje in spoštovanje. Spremembe v družbi so neobhodne, s čimer se spreminja tudi profesionalna podoba zaposlenih v zdravstveni negi (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2020). Pozitivna podoba medicinskih sester v javnosti je pomembna, saj vzbuja zaupanje v izvajalce zdravstvene nege, sestavlja pa vse od osebne higiene in uporabe uniforme do okraševanja kože. Profesionalna podoba zdravstvene nege ustvarja okvir, skozi katerega javnost vidi podobo medicinske sestre; ta podoba je čustveno povezana s pacientom in združuje pacientove vrednote, pričakovanja in odgovornosti medicinske sestre (Hatfield et al., 2013).

Tetovaža je definirana kot trajna kožna pigmentacija, ki je vedno pogostejši pojav v družbi, sploh med mladimi (Phillips, 2014), in kot taka vedno pogostejša tudi v zdravstveni negi. Ocenjuje se, da naj bi v državah, ki so bolj razvite, približno 30 % ljudi imelo vsaj eno tetovažo (Paprocka - Lipinska et al., 2019). V Sloveniji so tetovaže v zadnjih letih vse bolj priljubljene, vendar imajo posamezniki, ki se odločijo za tetovažo, lahko na delovnem mestu težave (Vičič, 2020). Vseh tetovaž na delovnem mestu medicinske sestre z uniformo ni mogoče prekriti. Kot so ugotovili Johnson et al. (2016), so bili zdravstveni delavci z vidnimi tetovažami ocenjeni kot manj profesionalni. To je še posebej veljalo za tiste ženske, zaposlene v zdravstveni negi, ki so imele vidne tetovaže, v primerjavi z moškimi kolegi, zaposlenimi na istem delovnem mestu, s tetovažami na istem mestu. Pikl (2020) ugotavlja, da imajo vidne tetovaže negativen vpliv na zaznavanje zdravstvenih delavcev od pacientov, prav tako pa zdravstveni delavci negativno zaznavajo paciente s tetovažami.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti mnenje in odnos zaposlenih v zdravstveni negi do tetovaž. Vezano na namen, smo si postavili dva cilja: (1) ugotoviti, kakšno je mnenje zaposlenih v zdravstveni negi o lastnih in tujih tetovažah; in (2) ugotoviti razlike v odnosu do tetovaž glede na sociodemografske značilnosti anketiranih in prisotnost lastnih tetovaž.

Raziskovalni vprašanji, ki smo si ju zastavili, sta: (1) Kakšen odnos imajo anketirani do lastnih in tujih tetovaž?, (2) Kako se razlikuje odnos anketirancev do tetovaž glede na njihove sociodemografske značilnosti in prisotnost/odsotnost lastne tetovaže?

Metode

Raziskava je temeljila na deskriptivni, neeksperimentalni, kvantitativni metodi raziskovanja.

Opis instrumenta

Podatke za empirični del smo pridobili s spletnim anketnim vprašalnikom, izdelanim posebej za to raziskavo, ki je temeljil na ugotovitvah več virov (Jagodić, 2019; Johnson et al., 2016; Kralj, 2022; Pikl, 2020; Vičič, 2022). Pripravljen je bil v spletnem programu 1KA, vseboval je petindvajset vprašanj z logičnimi preskoki, saj so bili o podrobnostih o lastnih tetovažah vprašani le tisti sodelujoči, ki so jih imeli. Prvi sestavni del je vseboval vprašanja o demografskih značilnostih in značilnostih delovnega mesta anketiranih. Drugi sestavni del je bil sestavljen iz vprašanj, ki so preverjala odnos do tetovaž. Tretji sestavni del je vseboval trditve o stališčih do vidnih tetovaž; anketirani so jih ocenili z uporabo petstopenjske Likertove lestvice (1 – »Sploh se ne strinjam.«, 2 – »Se ne strinjam.«, 3 – »Niti se ne strinjam niti se strinjam.«, 4 – »Se strinjam.«, 5 – »Se popolnoma strinjam.«). Veljavnosti nismo preverjali, smo pa izračunali zanesljivost instrumenta, ki je dobra, s Cronbachovim alfa, ki znaša 0,913.

Opis vzorca

Uporabili smo priložnostni vzorec. K sodelovanju smo povabili člane Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske (v nadaljevanju: društvo). Društvo je na dan 31. 12. 2022 imelo 1376 članov. Realizacija vzorca je bila 13,76-odstotna ($n = 193$). Od vseh sodelujočih v raziskavi je imelo tetovažo 73 oseb (37,8 %), 120 oseb (62,2 %) je ni imelo. Sodelovalo je 172 žensk (89,1 %) in 21 moških (10,9 %), povprečne starosti 35,33 let ($s = 10,8$) in s povprečno delovno dobo 13,64 let ($s = 11,3$). V vzorcu je bilo 108 (56,0 %) zdravstvenih tehnikov/tehnikov zdravstvene nege, 73 (37,8 %) višjih medicinskih sester in diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov ter 12 (6,2 %) magistrstrov/magistric zdravstvene nege.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred začetkom zbiranja podatkov, ki je potekalo od 1. 5. do 6. 6. 2023, smo predsednici društva poslali prošnjo za sodelovanje v raziskavi in dovoljenje za izvedbo. Po njenem soglasju je bil anketni vprašalnik po vodstvu društva posredovan njihovim članom s prošnjo, naj povezano delijo s svojimi sodelavci. Imena in elektronski stiki članov nam niso bili razkriti. Delovali smo v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) in v skladu z Evropskim kodeksom raziskovalne integritete (2011). Anketirance smo v nagovoru seznanili z namenom raziskave in prostovoljnostjo sodelovanja, prav tako pa z zagotavljanjem anonimnosti. V nagovoru smo jih seznanili, da z oddajo izpolnjenega anketnega vprašalnika oddajajo soglasje za sodelovanje

in uporabo podatkov. Podatke smo obdelali z računalniškim programom SPSS (IBM SPSS Statistic, verzija 22). Uporabili smo univariatne in bivariatne statistike (Mann-Whitneyjev U-test, Pearsonov test korelacije, Kruskal-Wallisov test, Kullbachov 2 $\hat{I}$ test). Za statistično pomembne smo upoštevali razlike, pri katerih je bila stopnja tveganja na ravni 5 % in manj ($p \leq 0,05$).

Rezultati

Večina anketirancev, ki ima tetovažo, ima več kot eno ($n = 50$; 68,5 %). Večina tetovaž je na predelu rok ($n = 44$; 60,3 %), na nogah jo ima 32 (45,2 %) anketirancev, na predelu hrbta jo ima 27 (37,0 %) anketirancev, na intimnih predelih 7 (9,6 %) in predelu obraza 1 anketiranec (1,4 %). Večina ($n = 66$; 90,4 %) tistih anketirancev, ki ima tetovažo na vidnem mestu, sicer nima občutka, da bi bili kdaj zaradi tega na delovnem mestu obsojeni.

Nekateri anketiranci so zaznali negativne odzive, predvsem od pacientovih svojcev (5,5 %), pacientov (2,7 %) ali sodelavcev (1,4 %). Tiste anketirance, ki so odgovorili, da doživljajo neke vrste obsojanja zaradi vidne tetovaže, smo v nadaljevanju vprašali, kaj so doživeli, da so se čutili obsojene. Odgovorili so: »Mislijo, da ne opravljam dobro poklica.«, »Niso zaupali moji presoji, želeli so drugo mnenje oz. želeli so mojo sodelavko.«, »Obsojanje, ocenjevanje.« ter: »Z besedami: Kako pa izgleda potetovirana sestra!?!«. Ugotovili smo tudi, da od nobenega anketiranca delodajalec ne pričakuje/zahteva, da bi vidno tetovažo v službenem času prekril, je pa pet anketirancev menilo, da so bili v službi zaradi tetovaže na neki način zavrženi (pri napredovanju, možnostih za izobraževanje itd.).

Rezultati v nadaljevanju kažejo, da se anketiranci najmanj strinjajo s trditvijo, da z zdravstvenim sodelavcem, ki ima vidno tetovažo, ne želijo sodelovati

($\bar{x} = 1,16$; $s = 0,41$), tudi vse ostale trditve, po svojem pomenu odklonilne do tetovaž, so bile na petstopenjski lestvici ocenjene z nizko povprečno vrednostjo ($\bar{x} < 2$), kar kaže na to, da anketirani večinoma ne dojemajo tetoviranih zdravstvenih delavcev kot manj profesionalnih ali neprimernih za poklic.

Zanimalo nas je, ali obstajajo razlike v mnenjih glede na demografske značilnosti anketirancev, in ugotovili razlike glede na starost in delovno dobo anketirancev (Tabela 1). Skoraj pri vseh trditvah je povezava statistično pomembna in pozitivna, kar pomeni, da višja, kot je starost, in daljša, kot je delovna doba, bolj se anketiranci strinjajo s trditvami, torej imajo bolj odklonilno mnenje o tetovažah.

Za ugotavljanje statistično značilnih razlik v mnenju anketiranih, zaposlenih v zdravstveni negi, o tetovažah glede na izobrazbo smo uporabili Kruskal-Wallisov test, ki kaže, da se mnenja o tetovažah med anketiranci glede na izobrazbo statistično značilno razlikujejo pri treh trditvah. Te trditve so: »Zdravstveni delavci ne bi smeli imeti vidnih tetovaž.« ($H = 15,708$, $p < 0,001$), »Zdravstveni delavci, ki imajo vidno tetovažo, bi jo morali prekriti ali odstraniti.« ($H = 19,013$, $p < 0,001$) in »Zdravstveni delavec z vidno tetovažo ne bi smel opravljati tega poklica.« ($H = 7,889$, $p = 0,048$). Anketiranci v zdravstveni negi z višjo izobrazbo se v povprečju s temi trditvami bolj strinjajo, kar pomeni, da imajo zaposleni v zdravstveni negi z višjo izobrazbo v povprečju bolj odklonilno mnenje o tetovažah kot tisti z nižjo izobrazbo.

Za preverjanje statistično značilnih razlik v mnenju anketiranih glede na to, ali lastno tetovažo imajo ali ne, smo uporabili Kullbachov 2 $\hat{I}$ test. Rezultati se statistično značilno razlikujejo v štirih trditvah. Večina anketiranih, ne glede na to, ali tetovažo ima ali ne, se s temi trditvami ne strinja, je pa med tistimi, ki se s temi trditvami strinjajo, več tistih brez tetovaže kot tistih, ki tetovažo imajo. Te trditve so: »Zdravstveni delavci ne bi smeli imeti vidnih tetovaž.« ($\chi^2 = 31,066$, $p <$

Tabela 1: Strinjanje s trditvami glede na starost in delovno dobo ($n = 193$)

Trditev		Starost	Delovna doba
Zdravstveni delavci ne bi smeli imeti vidnih tetovaž.	kor. koef.	0,229**	0,257**
	p	0,001	< 0,001
Z zdravstvenim delavcem, ki ima vidno tetovažo, ne želim sodelovati.	kor. koef.	0,141	0,191**
	p	0,050	0,008
Zdravstveni delavci, ki imajo vidno tetovažo, bi jo morali prekriti ali odstraniti.	kor. koef.	0,237**	0,264**
	p	0,001	< 0,001
Zdravstveni delavec, ki ima vidno tetovažo, predstavlja svoj poklic v slabi luči.	kor. koef.	0,183*	0,221**
	p	0,011	0,002
Zdravstveni delavec z vidno tetovažo ne bi smel opravljati tega poklica.	kor. koef.	0,226**	0,277**
	p	0,002	< 0,001
Zdravstveni delavci, ki imajo tetovaže, so manj strokovni.	kor. koef.	0,093	0,158*
	p	0,200	0,028

Legenda: p – statistična značilnost; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; n – število; kor. koef. – korelacijski koeficient

0,001); »Zdravstveni delavci, ki imajo vidno tetovažo, bi jo morali prekriti ali odstraniti.« ($\chi^2 = 12,944$, $p = 0,012$); »Zdravstveni delavec, ki ima vidno tetovažo, predstavlja svoj poklic v slabi luči.« ($\chi^2 = 13,802$, $p = 0,003$) in »Zdravstveni delavec z vidno tetovažo ne bi smel opravljati tega poklica.« ($\chi^2 = 10,766$, $p = 0,005$).

Diskusija

Ugotovili smo, da je v našem vzorcu delež zaposlenih v zdravstveni negi primerljiv z deležem tistih s tetovažami kot v drugih državah (Shannon-Missal, 2016). Tako kot drugi (Kluger et al., 2019; Morlock & Morlock, 2023) tudi mi lahko predvidevamo, da bodo modifikacije telesa, kot so tetovaže, postale še bolj razširjene. Z naraščajočo razširjenostjo tetovaž postaja vedno pomembnejše, da razumemo nivo sprejemanja in zaupanja, ki ju imajo pacienti in sodelavci, ko se srečujejo z izvajalci zdravstvenih storitev z vidnimi tetovažami.

Avtorji Thomas et al. (2010) in Westerfield et al. (2012) so ugotovili, da pacienti bolj negativno dojemajo zdravstveno nego, ki jo nudijo medicinske sestre z vidnimi tetovažami. Thomas et al. (2010) so anketirali paciente, medicinske sestre in študente zdravstvene nege in vse skupine anketirancev so ocenile medicinske sestre z vidnimi tetovažami kot najmanj skrbne, najslabše usposobljene in z najmanj znanja. Tudi mi v določenem obsegu ugotavljamo, da anketiranci niso naklonjeni tetoviranim sodelavcem, nenaklonjenost se viša s starostjo oz. delovno dobo in tudi z izobrazbo. Ravno tako so bolj odklonilno naravnani tisti, ki sami nimajo tetovaže. Westerfield et al. (2012) so ugotovili tudi, da so bile ženske izvajalke zdravstvene nege z vidnimi tetovažami dojemane kot manj strokovne v primerjavi z moškimi izvajalci z vidnimi tetovažami. Crevar & Kosić (2021) ugotavljajo, da imajo sicer medicinske sestre bolj pozitiven odnos do tetoviranih pacientov, kot pacienti do tetoviranih medicinskih sester. Raziskava Galović et al. (2023), ki je bila izvedena v letu 2022 na Hrvaškem, kaže, da starejše medicinske sestre značilno bolj kot mlajše menijo, da bi se morale vidne tetovaže pri sodelavcih zakrivati. Pacienti še značilno pogosteje menijo, da bi morale biti tetovaže pokrite pri zdravstvenih delavcih.

Nismo našli novjših raziskav o povezavi nivoja izobrazbe v zdravstveni negi z odnosom do tetovaž, lahko pa povežemo svoje ugotovitve o razlikah v odnosu do tetovaž z ugotovitvami avtorjev Sibandze & Scafide (2018), ki v sistematičnem pregledu ugotavljata, da večina raziskav kaže, da višja izobrazba v zdravstveni negi vodi do višjega zavedanja in uporabe poklicnih vrednot. Sem spada tudi profesionalna podoba medicinske sestre.

Raziskava (Yadav et al., 2020) je pokazala, da med 16 % in 44 % ljudi obžaluje izdelavo vsaj ene od svojih tetovaž. Ugotavljajo, da so razlogi za odstranitev tetovaže domači pritiski, izboljšanje zaposlitvenih

možnosti in družbeni odzivi. Mi ugotavljamo, da se ne pričakuje, da bi se vidne tetovaže v službi prekrivale in je obsojanje bodisi od sodelavcev, pacientov, bodisi njihovih svojcev redko, torej so redki tudi pritiski v delovnem okolju, da bi se tetovaže odstranile. Posamezniki, ki se odločijo za tetovažo, bi se morali zavedati, da obstaja možnost, da bo vidna tetovaža negativno vplivala na njihove zaposlitvene možnosti. V raziskavi iz leta 2014 je 76 % od 2700 intervjuvanih ljudi verjelo, da bi tetovaža lahko zmanjšala njihove možnosti za zaposlitev, 39 % pa jih je menilo, da prikazujejo podjetje, v katerem delajo, v slabi luči (McBride, 2017). Nekaj naših anketirancev je menilo, da so bili zaradi tetovaže na neki način zavrženi na delovnem mestu bodisi pri napredovanju bodisi pri možnostih za izobraževanje.

Večina anketirancev se, ne glede na prisotnost ali odsotnost, lastne tetovaže s trditvami, kot so »da ne bi smeli imeti vidnih tetovaž«, »da bi si morali tetovažo prekriti ali odstraniti«, »da zdravstveni delavec, ki ima tetovažo, svoj poklic predstavlja v slabi luči« in »da ne bi smeli opravljati tega poklica«, na splošno ne strinja. Vendar se anketirani, ki tetovaže nimajo, s trditvami statistično značilno bolj strinjajo kot tisti, ki tetovažo imajo. Novejše raziskave modifikacij telesa, npr. s tetovažami, teh ne povezujejo več z visoko tveganim vedenjem, ki so jih raziskave v preteklosti pokazale, kot na primer, da je bilo pri mladostnikih, ki so imeli tetovaže, večja verjetnost uživanja alkohola in drog, nasilja, nošenja orožja, nevarne spolne aktivnosti, motenj hranjenja in samomora (McBride, 2017). Čeprav so tetovaže v zgodovini povzročile negativne asociacije, je priljubljenost tetovaž skozi čas vseeno zrasla, vendar je dojemanje tetoviranih posameznikov pri določenem številu posameznikov ostalo negativno. Predvsem ženske s tetovažami so ocenjene bolj negativno, saj naj bi kršile tradicionalne spolne norme. Razširjena in sprejemljiva stigmatizacija tetoviranih posameznikov je lahko v družbi še naprej prisotna, ne glede na priljubljenost tetovaž (Broussard & Harton, 2018). Tako medicinske sestre kot pacienti delijo isto mnenje, da naj medicinske sestre na delovnem mestu upoštevajo določila profesionalnega videza, saj to vpliva na percepcijo strokovnosti v zdravstveni negi (Galović et al., 2023). V prihodnje bi bilo treba trud usmerjati tudi v sprejemanje drugačnosti na delovnih mestih ne samo z vidika tetovaž, temveč tudi ostale drugačnosti (kulturne, spolne ...).

Omejitev raziskave predstavlja vzorec, ki je vključeval le predstavnike zdravstvene nege Gorenjske, druga omejitev je nizka odzivnost. Omejitev raziskave predstavlja tudi majhen odstotek anketirancev, ki imajo lastne tetovaže, zato je del analiz opravljen na majhnem vzorcu. Glede na zaznano s starostjo naraščajoče odklonilno mnenje bi bilo smiselno izvesti raziskavo med mladimi bodočimi zdravstvenimi delavci oz. študenti zdravstvene nege in raziskati tudi mnenja pacientov. Broussard & Harton (2018) sta zaznali

negativno sprejemanje tetoviranih posameznikov tudi med mladimi, zato bi bilo treba raziskati, kako to dojemajo mladi v Sloveniji. Dojemanje tetoviranih medicinskih sester kot manj profesionalnih lahko potencialno vpliva na izkušnjo oskrbe pri pacientih in kaže na potrebo po politikah, ki bodo podpirale neobsojajočo oskrbo.

Zaključek

Pomembno je opozoriti, da se stališča in sprejemanje tetovaž v družbi spreminjajo in so odvisna od kulture, regije in posameznikovega okolja. Čeprav se število tetoviranih ljudi v sodobni družbi povečuje, imajo nekateri o njih še vedno predsodke. Tema je zelo aktualna in predstavlja veliko možnosti za raziskovalno delo, saj se vse več generacij odloča za okrasitev telesa s tetovažami in jih sprejema kot del osebnega izražanja, kar pomeni, da bo na tem področju sprejemanje drugačnosti postalo pomembnejše. Z dodatnimi raziskavami v prihodnosti bo lažje razumeti to drugačnost in pogled družbe, predvsem kako slovenski pacienti sprejemajo medicinske sestre, ki imajo vidne tetovaže, in kako mladi zaposleni oziroma študentje zdravstvene nege sprejemajo vidne tetovaže.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je bila izvedena v skladu z etičnimi smernicami za raziskave z ljudmi. Vsi udeleženci so z izpolnitvijo ankete podali soglasje za sodelovanje v raziskavi./The research was conducted in accordance with ethical guidelines for research involving human subjects. All participants gave their consent to participate in the research by completing the survey.

Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva avtorica je zasnovala in izvedla raziskavo, analizirala podatke in napisala članek. Druga avtorica je v vseh fazah raziskovalnega procesa sodelovala kot oseba, odgovorna za metodološko ustreznost; sodelovala je tudi pri pisanju članka./The first author designed and conducted the research, performed the data analysis, and composed the manuscript. The second author participated in all stages of the research process, ensured methodological rigour and contributed to writing the manuscript.

Literatura

Broussard, K. A., & Harton, H. C. (2018). Tattoo or taboo: Tattoo stigma and negative attitudes toward tattooed individuals. *The Journal of Social Psychology*, 158(5), 521–540.

<https://doi.org/10.1080/00224545.2017.1373622>

PMid:28934022

Crevar, I., & Kosić, R. (2021). Attitudes of nurses and patients about visible tattoos. *Nursing Journal*, 26(2), 130–134.

<https://doi.org/10.11608/sgnj.26.2.8>

Galović, L., Farčić, N., Lasić, I., Barać, I., & Gvozdanović, Z. (2023). The opinion of patients and nurses about the professional appearance in nursing. *Croatian Nursing Journal*, 7(2), 107–115.

<https://doi.org/10.24141/2/7/2/1>

Hatfield, L. A., Pearce, M., Del Guidice, M., Cassidy, C., Samoyan, J., & Polomano, R. C. (2013). The professional appearance of registered nurses: An integrative review of peer-reviewed studies. *The Journal of Nursing Administration*, 43(2), 108–112.

<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31827f2260>

PMid:23343727

Jagodić, M.V. (2019). Stigma: breme, s katerim živimo. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 47(275), 160–177.

Johnson, S. C., Maegan, L. M., & Yamamoto, L. G. (2016). Adverse effects of tattoos and piercing on parent/patient confidence in health care providers. *Clinical Pediatrics*, 55(10), 915–920.

<https://doi.org/10.1177/0009922815616889>

PMid:26603585

Kluger, N., Seité, S., & Taieb, C. (2019). The prevalence of tattooing and motivations in five major countries over the World. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(12), e484–e486.

<https://doi.org/10.1111/jdv.15808>

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.

Kralj, A. (2022). *Predsodki in stereotipi študentk in študentov Fakultete za socialno delo v času dodiplomskega študija* [diplomsko delo, Univerza v Ljubljani].

McBride, L. D. (2017). Clinical guidance to tattooing and piercing among youth. *Journal of Pediatric Nursing*, 39, 83–84.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.11.012>

PMid:27916407

- Morlock, R., & Morlock, A. (2023). Think before you ink: Perception, prevalence, and correlates of tattooing and tattoo regret in US Adults. *Cureus*, 15(11), Article e48167. <https://doi.org/10.7759/cureus.48167> PMid:38046700; PMCID:PMC10693284
- Paprocka-Lipinska, A., Majeranowski, A., Drozd-Garbacewicz, M., Mazanek, M., Hebdzinska, M., & Styszko, J. (2019). Can medical staff have visible tattoos: A survey study among students. *European Journal of Translational and Clinical Medicine*, 2(2), 23–26. <https://doi.org/10.31373/ejtcml/113511>.
- Phillips, A. (2014). Body piercing and tattooing: A trend and its complications. *Practice Nursing*, 25(1), 29–31. <https://doi.org/10.12968/pnur.2014.25.1.29>
- Pikl, T. (2020). *Percepcija pacientov do zdravstvenih delavcev s tetovažami* [diplomsko delo, Univerza v Mariboru].
- Shannon-Missal, L. (2016). Tattoo takeover: Three in ten Americans have tattoos, and most don't stop at just one. *The Harris Poll*, 12, 1–15.
- Sibandze, B. T., & Scafide, K. N. (2018). Among nurses, how does education level impact professional values: A systematic review. *International Nursing Review*, 65(1), 65–77. <https://doi.org/10.1111/inr.12390> PMid:28657173
- The European Code of Conduct for Research Integrity*. (2011). <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/KME/Evropski-kodeks-raziskovalne-integritete.pdf>. Marec 2011
- Thomas, C. M., Ehret, A., Ellis, B., Colon-Shoop, S., Linton, J., & Metz, S. (2010). Perception of nurse caring, skills, and knowledge based on appearance. *The Journal of Nursing Administration*, 40(11), 489–497. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181f88b48> PMid:20978418
- Vičič, T. (2022). *Vloga zunanjega videza pri iskanju zaposlitve* [magistrsko delo, Univerza na Primorskem]
- Westerfield, H. V., Stafford, A. B., Speroni, K. G., & Daniel, M. G. (2012). Patients' perceptions of patient care providers with tattoos and/or body piercings. *The Journal of Nursing Administration*, 42(3), 160–164. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31824809d6> PMid:22361873
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. (2020). *Profesionalna podoba izvajalcev v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2020/06/Profesionalna-podoba-v-zdravstveni-in-babiski-negi-in-oskrbi-JAVNA-RAZPRAVA.pdf>
- Yadav, A., Yadav, P., Yadav, J., & Chander, R. (2020). Tattoo for camouflage: A new cause of tattoo regret. *Indian Dermatology Online Journal*, 11(2), 250–252. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_189_19 PMid:32477992; PMCID:PMC7247660

Citirajte kot/Cite as:

Hadžić, J., & Bahun, M. (2025). Tetovaže med zaposlenimi v zdravstveni negi: kvantitativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(3), 172–177. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.3.3297>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Kulturna raznolikost v zdravstvenih timih: kvalitativna opisna raziskava Cultural diversity in health teams: A qualitative descriptive study

Matic Petrovič^{1, *}, Tamara Milič², Valentina Masten³, Sabina Ličen⁴, Mirko Prosen⁴

Ključne besede: sprejemanje kultur; zdravstveni delavci; etničnost; komunikacija; timsko delo

Key words: cultural acceptance; health professionals; ethnicity; communication; teamwork

¹ Zdravstveni dom Sežana, Partizanska cesta 24, 6250 Sežana, Slovenija

² Varstveno delovni center, Sedejeva ulica 10, 5000 Nova Gorica, Slovenija

³ Splošna bolnišnica Izola, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

⁴ Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
matic.petrovic@zd-sezana.si

IZVLEČEK

Uvod: Kulturna raznolikost v zdravstvenih timih je pomembna za zagotavljanje kakovostne oskrbe. Raznolikost pozitivno vpliva na izkušnje in razumevanje potreb pacientov ter ustvarja boljšo timsko dinamiko. Namen raziskave je bil preučiti prisotnost različnih kultur v zdravstvenih timih in stališča zdravstvenih delavcev o kulturnih raznolikostih.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna opisna metoda. Podatki so bili zbrani z delno strukturiranim intervjujem, ki je vključeval demografske podatke in odprta vprašanja o izkušnjah zdravstvenih delavcev s kulturno raznolikostjo v zdravstvenih timih. Namenski vzorec je vključeval 28 zdravstvenih delavcev različnih zdravstvenih ved. Intervjuji so bili analizirani z metodo analize vsebine.

Rezultati: Identificirane so bile štiri osrednje tematske kategorije: (1) vloga strokovnega znanja in profesionalnega pristopa pri zagotavljanju kakovostne oskrbe, (2) pomen dobre komunikacije in sposobnost prilagajanja; (3) pomembnost dinamike in podpore v zdravstvenem timu ter (4) kulturna raznolikost in pogledi zdravstvenih delavcev. Večina meni, da kulturna raznolikost obogati izkušnje in prispeva k empatiji.

Diskusija in zaključek: Sodelujoči v raziskavi so izpostavili tako pozitivne kot negativne izkušnje s kulturno raznolikostjo. Izkazalo se je, da se lahko različna znanja, izkušnje in poglede v timu uspešno poveže, če so vzpostavljeni spoštljivi odnosi in jasno opredeljene strokovne smernice, ki služijo kot vodilo za kakovostno opravljanje zdravstvene oskrbe v kulturno raznolikih timih.

ABSTRACT

Introduction: Cultural diversity in healthcare teams is important for ensuring quality care. Diversity has a positive impact on understanding patients' needs and improving team dynamics. The aim of this study was to examine the presence of different cultures in healthcare teams and healthcare professionals attitudes towards cultural diversity.

Methods: We used a qualitative descriptive method. Data were collected through semi-structured interviews, which included demographic data and open-ended questions about health professionals' experiences with cultural diversity in healthcare teams. The purposive sample comprised 28 health professionals from different healthcare disciplines. The interviews were analysed using content analysis.

Results: Four main thematic categories were identified: (1) the role of expertise and a professional approach to providing quality care, (2) the importance of effective communication and adaptability, (3) the importance of team dynamics and support in healthcare teams, and (4) cultural diversity and health professionals' perspectives. Most respondents expressed the belief that cultural diversity enriches their experiences and contributes to empathy.

Discussion and conclusion: Respondents highlighted both the benefits and drawbacks of cultural diversity. Results show that different skills, experiences and perspectives can be successfully integrated into healthcare teams provided that respectful relationships are established and clearly defined professional guidelines support the quality of care in culturally diverse teams.



Uvod

Kultura je kompleksen in širok pojem, ki vključuje skupna prepričanja, vrednote, običaje, norme, jezike, religijo, umetnost in načine življenja določene skupnosti ali območja. Nastaja in razvija se skozi čas, saj se v družbi spreminjajo verovanja, tradicije in običaji, zlasti pod vplivom zunanjih dejavnikov, kot so mednarodna izmenjava, trgovina ali priseljevanje. Razvoj kulture je kompleksen proces, ki ga oblikujejo različni dejavniki, vključno z zgodovinskimi, socialnimi in ekonomskimi vplivi. Kultura ni prirojena, temveč se pridobi in prenaša med generacijami s socializacijo, ki poteka v okviru družinskih, šolskih ter medijskih stikov. Poleg tega obstajajo subkulture z lastnimi običaji in vrednotami. Ključne značilnosti kulture so povezava z identiteto, občutkom pripadnosti, razumevanjem sveta ter stabilnostjo v spreminjajočem se okolju (Naik et al., 2023). Bofulin et al. (2016) kulturo opredeljujejo kot celoto raznolikih duhovnih, materialnih, intelektualnih in čustvenih lastnosti določene družbe, vključno z življenjskimi slogi in vrednostnimi sistemi. Poudarjajo, da je kultura dinamična in se nenehno spreminja ter jo oblikujejo dejavniki, kot so jezik, etnična pripadnost, vera, družbeno-ekonomski status in fizične ter mentalne sposobnosti.

Družbo, v kateri živimo, sestavljajo posamezniki z različnimi pogledi, navadami, tradicijami in izkušnjami. Smo del večkulturne družbe, ki bo v prihodnje zagotovo še bolj raznolika. V takem okolju je treba upoštevati dejstvo, da obstajajo različne skupine prebivalcev in da so razlike znotraj skupin morda celo večje kot razlike med posameznimi skupinami. Raznolikost današnje družbe se kaže tudi v širokem razponu različnega razumevanja zdravja, bolezni, bolečine ter v različnem dojemanju zdravstvene oskrbe in zdravljenja. Poznavanje različnih načinov življenja, kulturnih praks in prepričanj ter pogledov na svet omogoča nudenje boljše oskrbe in pomaga, da se izognemo nesporazumom med zdravstvenimi delavci (Bofulin et al., 2016). Zaradi vse večje mobilnosti na trgu dela je za delovno silo organizacij in sestavo delovnih skupin značilna vse večja kulturna raznolikost. Zdravstveno varstvo je del tega trenda. Zaradi vse večje kompleksnosti zdravstvenih dejavnosti je nujno potrebno sodelovanje različnih strokovnjakov, ki skupaj zagotavljajo celostno oskrbo. Ob tem pa zaradi pomanjkanja zdravstvenega kadra postaja vse bolj potrebno zaposlovanje tujega osebja, ki predstavlja raznolik nabor kulturnih značilnosti (Govere & Govere, 2016).

V zdravstvenem sistemu je kulturna raznolikost pomemben dejavnik, ki oblikuje dinamiko timskega dela v zdravstvenih ustanovah. V Sloveniji je razumevanje kulturnih razlik med člani timov bistveno za učinkovito komunikacijo in sodelovanje, saj prispeva k boljšim zdravstvenim rezultatom in

komunikaciji (Avdylaj & Ličen, 2022). Kulturna raznolikost v zdravstvu vpliva na kakovost oskrbe, odnose med zaposlenimi ter na odnose s pacienti. Vključevanje različnih kulturnih vrednot, prepričanj in praks lahko obogati delovno okolje in izboljša dostopnost zdravstvenih storitev, hkrati pa omogoča boljše prilagoditev potrebam raznovrstne populacije (Hvalič Touzery et al., 2016).

Kulturna raznolikost, ki se nanaša na prisotnost ljudi z različnimi kulturnimi ozadji in identitetami v družbenem sistemu, se v zdravstvenem sektorju povečuje. V zadnjih desetletjih je opazen premik k bolj timskega izvajanju zdravstvenega varstva. Timsko delo je priznано kot pomemben dejavnik za izboljšanje kakovosti zdravstvenih sistemov. Delo v zdravstvenih timih je še posebej zahtevno zaradi visoke stopnje soodvisnosti in sodelovanja pri reševanju kompleksnih vprašanj s celostnim pristopom (Tosun & BENEFITS Group, 2021). Pri tem imata pomembno vlogo razumevanje in obvladovanje kulturne raznolikosti, saj lahko ustrezno upravljanje teh razlik pripomore h konstruktivnejšemu reševanju težav, povezanih z raznoliko kulturno sestavo, ter prispeva k učinkovitejši in kakovostnejši zdravstveni oskrbi. Raziskave kažejo, da raznolikost v ekipah obogati delovno okolje, izboljša odnose med zaposlenimi in s pacienti, kar vodi do boljših zdravstvenih rezultatov. Zato je razvoj medkulturnih kompetenc bistven za uspešno sodelovanje v raznolikih zdravstvenih timih in za zagotavljanje kakovostne oskrbe vsem pacientom (Bajraktarevič et al., 2023).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil s pomočjo intervjujev z zdravstvenimi delavci preučiti prisotnost različnih kultur v zdravstvenih timih, preučiti, kako ti zdravstveni timi delujejo ter kakšen pogled imajo zdravstveni delavci na pripadnike različnih kultur med njimi. Cilj raziskave je bil ugotoviti, kakšne izkušnje imajo zdravstveni delavci pri delu z ljudmi iz različnih kulturnih skupin ter kakšen je njihov odnos do raznolikosti v timih zdravstvene nege.

V raziskavi smo si zastavili naslednje raziskovalno vprašanje:

Kakšen je pogled zdravstvenih delavcev na kulturno raznolikost v zdravstvenem timu?

Metode

V raziskavi je bila uporabljena deskriptivna metoda. Izbrali smo kvalitativno raziskovalno paradigmo, ki omogoča širši vpogled v dojetanje kulturne raznolikosti v zdravstvenih timih. Ta raziskovalni dizajn se osredotoča zlasti na preučevanje tega, kako ljudje razumejo in si razlagajo določene situacije ter kako se nanje odzivajo (Im et al., 2023; Kordeš & Smrdu, 2015).

Opis instrumenta

Uporabljen je bil delno strukturiran individualni intervju. Prvi del intervjuja je zajemal demografske podatke o starosti, spolu, stopnji izobrazbe, delovnem mestu in delovnih izkušnjah. V drugem delu so sledila vprašanja odprtega tipa o pogledih zdravstvenih delavcev na kulturno raznolikost v zdravstvenih timih, njihovem odnosu do kulturne raznolikosti ter predlogih za izboljšanje sodelovanja v kulturno raznolikih zdravstvenih timih. Intervju smo izvedli s pomočjo vnaprej določenega seznama vprašanj, vendar smo udeležencem omogočili, da svobodno izrazijo svoje mnenje in razmišljanja. Izhodiščna vprašanja so bila: Kakšne so vaše izkušnje z delom v zdravstvenem timu? Kako prisotnost različnih kultur po vašem mnenju vpliva na delovanje vašega tima? Kakšne so po vašem mnenju prednosti kulturno raznolikih timov v zdravstvu? Ste se kdaj srečali s težavami ali nesporazumi, ki so izvirali iz kulturnih razlik? Kako ste jih reševali? Kako se po vašem mnenju kulturna raznolikost v timu odraža pri obravnavi pacientov? Kakšne spremembe ali izboljšave bi po vašem mnenju pomagale izboljšati sodelovanje v kulturno raznolikih timih?

Opis vzorca

V raziskavi so sodelovali zdravstveni delavci z različnih področij dela, delovnih mest ter zdravstvenih ustanov. Povprečna starost sodelujočih je bila 38,9 leta, najmlajša je imela 22 let, najstarejša pa 58 let. V vzorec je bilo vključenih 23 žensk in 5 moških, zaposlenih na primarni ali sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti. Glede na stopnjo izobrazbe so v raziskavi sodelovali: 3 bolničarji/negovalci, 7 tehnikov zdravstvene nege, 7 diplomiranih medicinskih sester, 4 diplomirani fizioterapevti in 7 zdravnikov specialistov različnih smeri medicine. Delovne izkušnje so segale od 1,5 do 36 let, s povprečjem 12,4 leta. V vzorcu je bilo 19 oseb, ki so se opredelile kot Slovenec/Slovenka, 9 sodelujočih pa je prihajalo iz Srbije, Kazahstana, Moldavije, Rusije ter Bosne in Hercegovine.

S tako opredeljenim vzorcem smo zajeli širok nabor sodelujočih, kar nam je omogočilo poglobljeno razumevanje kulturne raznolikosti v zdravstvenih timih. Po refleksiji članov tima in skupni preliminarni analizi zbranih podatkov je raziskovalna skupina zaključila, da po osemindvajsetem intervjuju ni bilo več novih pogledov in izkušenj glede kulturne raznolikosti v zdravstvenih timih, zato smo zbiranje podatkov zaključili.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Do sodelujočih smo dostopali s pomočjo osebnih poznanstev in delovnih organizacij, v katerih smo zaposleni. Intervjuji so potekali od oktobra do decembra 2024. Potencialne sodelujoče smo osebno

povabili k sodelovanju in se z vsakim posebej dogovorili za termin intervjuja glede na njegovo razpoložljivost. Sodelujoči so najprej podpisali informirano soglasje, pri čemer so bili seznanjeni z namenom in potekom raziskave, postopki zbiranja podatkov, pričakovanim trajanjem intervjuja, varovanjem zasebnosti ter prostovoljnostjo sodelovanja. Obenem smo jih seznanili, da lahko intervju kadar koli prekinijo ali na zastavljeno vprašanje ne odgovorijo. Sodelujoči so prejeli vprašanja vnaprej, da so se lahko ustrezno pripravili, prav tako smo pred izvedbo preverili, ali se jim vprašanja zdijo razumljiva. Intervjuje smo izvedli v obliki individualnega razgovora. Posnete razgovore smo natančno poslušali in prepisali. Pri izvedbi vseh intervjujev smo dosledno upoštevali načela varovanja podatkov, zato imen sodelujočih nismo objavili. Podatke intervjujev smo analizirali z metodo vsebinske analize (Kordeš & Smrdu, 2015). Uporabljena metoda nam je omogočila, da smo se osredotočili na to, kaj podatki sami razkrivajo brez predhodnih predsodkov ali pričakovanj. Najprej smo podrobno prebrali transkripte intervjujev. Sledila je identifikacija pomembnih segmentov in dodeljevanje kod. Podobne kode smo združevali v podkategorije in v širše kategorije (Im et al., 2015; Kordeš & Smrdu, 2015).

V tej kvalitativni raziskavi je bila zanesljivost zagotovljena z upoštevanjem štirih ključnih kriterijev zaupanja vredne raziskave: kredibilnosti, prenosljivosti, odvisnosti in preverljivosti (Ahmed, 2024). Kredibilnost je bila okrepljena s podaljšanim vključevanjem v raziskovalno okolje, vztrajnim opazovanjem in uporabo triangulacije, pri čemer so bili podatki preverjeni iz več virov. Prenosljivost rezultatov je bila zagotovljena z natančnim opisom konteksta in postopkov raziskave, kar omogoča presojanje njihove uporabnosti v drugih okoljih. Za zagotavljanje odvisnosti so trije raziskovalci vodili podrobno dokumentacijo raziskovalnih postopkov, kar omogoča sledenje odločitvam in repliciranje raziskave. Preverljivost je bila dosežena z recenzijo dveh raziskovalcev in refleksivnim beleženjem raziskovalnega procesa, kar zmanjšuje možnost subjektivnih pristranskosti. Vse navedeno je omogočilo večjo metodološko doslednost ter prispevalo k verodostojnosti in uporabnosti ugotovitev.

Rezultati

Pogled zdravstvenih delavcev na kulturno raznolikost v zdravstvenih timih smo identificirali s štirimi kategorijami: (1) vlogo strokovnega znanja in profesionalnega pristopa pri zagotavljanju kakovostne oskrbe; (2) pomenom dobre komunikacije in sposobnosti prilagajanja; (3) pomembnostjo dinamike in podpore v zdravstvenem timu; (4) kulturno raznolikostjo in pogledom zdravstvenih delavcev (Tabela 1).

Tabela 1: Identificirane kategorije in podkategorije

Kategorija	Podkategorija	Koda
Vloga strokovnega znanja in profesionalnega pristopa pri zagotavljanju kakovostne oskrbe	Kakovostna oskrba pacientov in profesionalni vidik	poklicni razvoj, kakovostna obravnava pacientov, strokovno znanje, razumevanje potreb pacienta, profesionalni odnos, prenos izkušenj, učenje o drugih kulturah, priložnost za izobraževanje, obogatitev znanja, medkulturno sodelovanje, izmenjava izkušenj in znanja, informacije o delu z drugimi kulturami
	Strokovnost in izmenjava znanja	
Pomen dobre komunikacije in sposobnost prilagajanja	Komunikacija in jezikovni izzivi	jezikovne ovire, nujno poznavanje slovenskega jezika, komunikacijske veščine, reševanje nesporazumov s komunikacijo, kulturna prilagoditev, spoštovanje sebe in drugih, različna kulturna okolja, vključevanje v slovensko družbo, kulinarika, prilagojeni programi za tujce, manjšinska prisotnost, usposabljanje na področju kulturne raznolikosti, kulturno izobraževanje za Slovence ni nujno
	Prilagajanje in integracija v novo okolje	
Pomembnost dinamike in podpore v zdravstvenem timu	Podpora, pomoč in timska dinamika	podpora in pomoč sodelavcem, dobri medsebojni odnosi, sodelovanje s sodelavci, kulturna raznolikost tima, sprejemanje sodelavcev, pogovor o drugih kulturah, odsotnost predsodkov, različne navade, spoštovanje razlik
Kulturna raznolikost in perspektiva zdravstvenih delavcev	Pozitivni/negativni vplivi kulturne raznolikosti	pozitivne izkušnje, negativne izkušnje, kulturne posebnosti, sprejemanje migracij, odsotnost večjih težav, teambuilding, razumevanje razlik, izkušnje delavcev, zaupanje pacientov, kulturna raznolikost pacientov, različni pogledi
	Pogled in izkušnje zdravstvenih delavcev	

Vloga strokovnega znanja in profesionalnega pristopa pri zagotavljanju kakovostne oskrbe

Prva kategorija poudarja pomen strokovnega znanja, profesionalnega odnosa in poklicne odgovornosti pri celostni obravnavi pacientov. Sodelujoči izpostavljajo pomembnost raznolikih izkušenj v kulturno raznolikih ekipah, saj te prinašajo širše poglede, boljše razumevanje potreb pacientov in spodbujajo empatijo. Raznolikost v timih izboljšuje ustvarjalnost ter učinkovitejše reševanje težav, kar pozitivno vpliva na kakovost oskrbe.

Med specializacijo sem delala na veliko različnih oddelkih, tako da sem spoznala več zdravstvenih timov in se od vsakega nekaj naučila. (Ž_dr. med. _43)

Sodelovanje ljudi z različnimi ozadji spodbuja kreativnost in reševanje težav, kar izboljšuje kakovost oskrbe. (Ž_dipl. m. s._25)

Sodelujoči so poudarili, da sta strokovno znanje in profesionalno vedenje zdravstvenih delavcev pomembnejša od njihovega kulturnega ozadja, kar kaže, da sta osebnost in znanje nad kulturnimi preferencami.

Važno je da imamo vsi enak način dela, da delamo po istih smernicah, da naše delo delamo usklajeno, da ne prihaja do odstopanj. Profesionalni odnos v delovnem okolju je nad osebnimi in kulturnimi preferencami. (M_dr. med. _37)

Sploh ni pomembno, od kod si, če poznaš osnovni bonton, si empatičen in znaš sodelovati v timu, je po moje to dovolj. (Ž_dipl. m. s._48)

Pomen dobre komunikacije in sposobnost prilagajanja

Druga kategorija obravnava jezikovne in komunikacijske izzive, s katerimi se soočajo zdravstveni

delavci v kulturno raznolikih timih, ter prilagajanje in integracijo v novo okolje. Poudarja pomembnost znanja slovenskega jezika in razvoja komunikacijskih veščin za učinkovito sporazumevanje ter reševanje nesporazumov. Sodelujoči poudarjajo izzive pri zaposlovanju ljudi iz različnih kultur, pri čemer je jasna komunikacija ključna za varnost pacientov.

Največ težav, s katerimi sem se srečala, ko so prihajali zaposleni iz drugih kultur, je bilo zaradi neustreznega znanja jezika. To je še posebej pomembno v psihiatriji, kjer je jasna in natančna komunikacija ključnega pomena za dobro opravljeno delo in varnost pacientov. (Ž_dr. med. _52)

Moram povedati, da je razumevanje jezika pri našem delu zelo pomembno, ker delamo s pacienti oziroma stanovalci po pridobljenih možganskih poškodbah in z osebami z motnjami v duševnem razvoju. (M_dipl. fiziot. _41)

Ugotovitve so pokazale, da zdravstveni delavci prepoznavajo potrebo po dodatnih usposabljanjih na področju komunikacije, medkulturnih kompetenc ter razumevanja predsodkov in stereotipov. Ta usposabljanja bi po njihovem mnenju izboljšala razumevanje in sodelovanje med zaposlenimi iz različnih kulturnih okolij ter olajšala prilagajanje. Čeprav niso obvezna, bi bila dobrodošla in odvisna od razpoložljivosti posameznikov.

Potrebujejo usposabljanje s področja komunikacije, poznavanja različnih kultur, o predsodkih in stereotipih, o pomenu dotika v različnih družbah ter na splošno o kulturi, povezani z zdravjem in boleznijo. (Ž_dipl. m. s._31)

Če bi zdravstveni delavci prihajali k nam iz bolj oddaljenih dežel, bi spoznavna izobraževanja, kot na primer osnove obnašanja v drugih kulturah, pripomogla k boljшему razumevanju sodelavcev. (M_dr. med. _52)

Za učinkovito komunikacijo v zdravstvenem okolju so ključne jezikovne veščine, predvsem na primarni ravni zdravstvenega varstva. Sodelujoči poudarjajo, da je poznavanje lokalnega jezika bistveno pri delu s pacienti, medtem ko je na višjih ravneh zdravstvenega varstva zaželeno poznavanje svetovnih jezikov. To kaže na praktičen pristop zaposlenih h kulturni raznolikosti, saj je jezikovna prilagoditev bistvena za kakovostno zdravstveno oskrbo.

Ko gre za delo na sekundarnem ali terciarnem nivoju, je pogoj poznavanje enega od svetovnih jezikov, medtem ko je pri delu na primarnem nivoju pogoj poznavanje slovenskega jezika, saj pacienti ne znajo in niti niso dolžni govoriti o svojih težavah v angleščini. (M_dr.med._52)

Jasna komunikacija o medicinskih postopkih in rezultatih je ključna, pri čemer je treba ohraniti nevtralnost glede verskih prepričanj. Predlagano je, da organizacije razvijejo protokole za vpeljevanje novih zaposlenih iz različnih kulturnih okolij, kar bi olajšalo njihovo integracijo in zmanjšalo nesporazume ter obstoječim zaposlenim omogočilo lažjo prilagoditev pri delu z novimi sodelavci.

Za vsak postopek so neki protokoli. Tako bi morda vsaka delovna organizacija zase naredila navodila za vpeljevanje na novo zaposlenih iz drugih kultur, da bi zaposleni, ki delajo v organizaciji, takoj vedeli, kako morajo ravnati, ko pride nov sodelavec iz drugega kulturnega območja. (Ž_dr.med._52)

Ena izmed sodelujočih opisuje, kako je zanj pomembno ohranjati lastno kulturo, hkrati pa spoštovati kulturo države gostiteljice. To razume kot znak hvaležnosti in način integracije v novo okolje.

Tudi jaz, če bi šla kamor koli, bi seveda svojo kulturo implementirala za dobro, vendar bi absolutno spoštovala kulturo države, v kateri sem, ker me je sprejela, ker bi delala tam, ker bi mi omogočilo neko boljše življenje kot država, ki sem jo zapustila. (Ž_dipl.fiziot._25)

Druga sodelujoča poudarja vrednost medkulturnih izmenjav, kot so kulinarika in praznovanja, ki krepijo povezanost v timu in spodbujajo razumevanje različnih kultur.

Izmenjava kulinarike mi je zelo všeč. Zelo sem vesela, ko s sodelavci skupaj praznujemo rojstne dneve in se pogostimo z domačimi sladicami in jedmi. Zanimivi so mi tudi običaji, ki jih imajo Slovenci. Zelo me zanima kultura drugih narodov, kaj za njih pomenijo prazniki in kaj radi počnejo v času praznikov. (Ž_dr.med._36)

Pomembnost dinamike in podpore v zdravstvenem timu

Tretja kategorija obravnava vlogo medsebojne podpore, sodelovanja in dinamike znotraj tima pri doseganju skupnih ciljev ter izboljšanju delovnega vzdušja. Različni pogledi in pozitivni odnosi članov tima so koristni po mnenju večine intervjuvanih.

Mislim, različni ljudje, različno mišljenje lahko prinesejo tudi dobro, če ima nekdo seveda pozitivne misli in je pozitivno naravnan in lahko da boljši predlog od drugega. (M_bn_50)

Kulturno kompetentni zdravstveni delavci gradijo večje zaupanje pri pacientih. Ena izmed sodelujočih izpostavlja pomembnost podpore in edinstvenosti vsakega posameznika v zdravstvenem timu.

Pomembno je, da se zavedamo edinstvenosti vsakega posameznika, ki hkrati deli številne lastnosti, prepričanja in vrednote s svojo skupnostjo. (Ž_dipl.m.s._31)

Sodelujoči opozarjajo, da je prehod od individualnega dela k timskemu delu lahko izziv, vendar z izkušnjami postane lažje. Ključna elementa za uspešno timsko sodelovanje sta odprta komunikacija in čas za vzpostavitev zaupanja, še posebej pri kulturnih razlikah. Raznolikost v timu prinaša različna mnenja, kar lahko vodi do boljših predlogov in rešitev, vendar le, če so člani pozitivno naravnani. Kljub pomanjkanju kadra je potrebno več časa za vključevanje in sprejemanje vseh članov tima.

Na začetku sem se morala navaditi na timsko delo, saj sem do sedaj vedno delala individualno. Ni tako enostavno. Nekje po dveh letih v zdravstvu je že malo lažje. (Ž_dipl.m.s._35)

V našem zdravstvenem timu so pripadniki drugih kulturnih skupin. Druge kulture sprejemam brez predsodkov. Zdi se mi, da so jih tudi ostali normalno sprejeli. (Ž_dipl.m.s._27)

Moj odnos je dober, ker ravno ne čutim kulturnih razlik, vem pa, da včasih potrebujejo čas, da se počutijo sprejeti, verjetno zaradi slabih preteklih izkušenj. Potrebni so pogovori in čas, tega pa je žal zaradi pomanjkanja kadra malo. (Ž_s.m.s._58)

Kulturna raznolikost in pogled zdravstvenih delavcev

Prednosti kulturne raznolikosti v zdravstvenih timih vključujejo večjo kreativnost, boljše reševanje problemov in bogatejše izkušnje. V analizi so izpostavljene tudi osebne izkušnje zdravstvenih delavcev, ki niso vedno pozitivne, ter njihovi pogledi na delovanje v kulturno raznolikih timih, vpliv te raznolikosti na njihovo delo in poklicno zadovoljstvo. Pozitivne izkušnje sodelujočih se izražajo z zadovoljstvom s kulturno raznolikostjo v timu. Sodelujoči poudarjajo, da se družijo in dobro sodelujejo z ljudmi iz različnih držav. Medsebojno učenje je bilo v ospredju pogovora večine sodelujočih. Slednji tudi izpostavljajo, da si tako domačini kot tujci prizadevajo za enakost in medsebojno razumevanje, kar krepí timsko povezanost in harmonijo.

O, zelo pozitivno, zato ker se mi domačini nekaj dobrega naučimo o njih, oni pa tudi od nas. (Ž_s.m.s._56)

Znotraj tima kulturna raznolikost pripomore k večjemu razumevanju in boljšemu sodelovanju. (Ž_dipl.m.s._27)

V raziskavi so bile zaznane tudi negativne izkušnje zdravstvenih delavcev. Ena od sodelujočih opisuje neprijetno situacijo, ko je zdravnica zahtevala odstranitev hidžaba, pri čemer gre v njenih očeh za neprimerno poseganje v versko prepričanje pacienta. Ob tem se izpostavi pomen spoštovanja verskih in kulturnih razlik ter priznava izziv prilagajanja lokalni kulturi.

V spomin se mi je vtisnil dogodek, ko je v ambulantno prišla mlajša ženska s hidžabom v spremstvu moža. Zdravnica ji je povedala, naj sname ruto, čeprav to ni bilo potrebno. Ženska je pogledala moža, ki ji je prikimal in tako je ženska snela ruto. Gospa je imela lepe, goste, močne lase, prava lepota. Zdravnica je rekla moškemu, da je ženska zelo lepa ter ga vprašala, zakaj mora biti pokrita. V tej situaciji sem se počutila neprijetno, saj je šlo za vprašanje vere, ki jo je treba spoštovati. Zavedam se, da se mnogi ne bi strinjali z menoj, saj je prilagajanje lokalni kulturi pomembno. (Ž_dipl. m. s._31)

Sodelujoča opisuje negativno izkušnjo, kjer kulturna raznolikost v timu vpliva na odnos pacientov. Ti pogosto izražajo nezaupanje do zdravnice iz drugega okolja, kar se kaže v daljšem zadrževanju v ambulantni, dvomu o njeni usposobljenosti in predsodkih. Poudarja pa tudi pomembno vlogo medicinskih sester pri gradnji zaupanja in ustvarjanju podpornega okolja.

V mojem timu kulturna raznolikost vpliva na obravnavo pacientov. Pacienti se dlje časa zadržujejo v ambulantni, ker jih zanima, od kod prihajam in če bodo deležni kakovostne obravnave, kar je obupno. Dvomijo o moji sposobnosti in znanju. Se mi zdi, da bi pacienti lažje sprejeli zdravnico, ki prihaja iz podobnega okolja kot oni. Medicinske sestre so tu v veliko pomoč, ker poznajo paciente in njihove starše ter ustvarijo bolj zaupljivo okolje. (Ž_dr. med._36)

Diskusija

Z raziskavo smo želeli ugotoviti prisotnost različnih kultur v zdravstvenih timih ter njihov vpliv na delovanje timov in pogled zdravstvenih delavcev na sodelavce iz drugih kultur. Rezultati potrjujejo, da kulturna raznolikost pomembno vpliva na vsakodnevno delo, saj prinaša širšo paleto izkušenj, boljše razumevanje potreb pacientov ter večjo empatijo in ustvarjalnost zdravstvenih delavcev. Hkrati je pomembno imeti skupna profesionalna izhodišča, jasno opredeljene smernice dela in pripravljenost na nenehno učenje.

Raznolikost in vključenost sta izraza, ki se v zdravstvu pogosteje pojavljata šele v zadnjem času. Zdravstveno osebje mora odražati raznolikost skupnosti, vključno z rasno pripadnostjo, spolom, spolno usmerjenostjo, statusom priseljavanja, telesno invalidnostjo in socialno-ekonomsko ravno, da bi zagotovili najboljše oskrbo različnim skupinam pacientov (Stanford, 2020).

Raziskava ugotavlja, da visoka raven strokovnega znanja in profesionalnosti zagotavlja enoten standard

oskrbe ne glede na kulturno ozadje. Medkulturno izobraževanje zdravstvenih delavcev postaja običajno, v nekaterih okoljih pa obvezno (Shepherd et al., 2019). Kulturna raznolikost v timu spodbuja izmenjavo znanja in izkušenj, kar izboljšuje kakovost obravnave. Osebnostne in kulturne preference je treba podrediti skupnim profesionalnim ciljem, kar krepi odgovornost in pripadnost zaposlenih.

Pregled literature o usposabljanju za kulturno kompetentnost kaže, da se s tovrstnim izobraževanjem izboljšajo medkulturne veščine zdravstvenih delavcev in tako raste tudi zadovoljstvo pacientov, ki prihajajo iz drugih kultur (Govere & Govere, 2016). Razumevanje in upoštevanje kulturnih razlik je ključno za razvoj medkulturnih kompetenc, kar potrjuje raziskava Hvalič Touzery et al. (2016), ki je preučevala vpliv multikulturalizma na učne prakse in sodelovanje v kliničnih okoljih.

Jezikovni in komunikacijski izzivi se pojavljajo predvsem pri delovnih nalogah z neposrednim stikom s pacienti, na primer v psihiatriji ali pri pacientih z nevrološkimi poškodbami. Znanje slovenskega jezika je nujno, saj pacienti niso dolžni govoriti tujih jezikov. Na vseh ravneh zdravstvenega varstva je zaželeno poznavanje jezika okolja, saj to olajša timsko integracijo in komunikacijo s pacienti. Prav tako je za boljšo integracijo v delovno okolje priporočljivo poznavanje enega od svetovnih jezikov, kar še dodatno pripomore k učinkovitosti in kakovosti dela v mednarodnem ali multikulturnem okolju.

V raziskavi, ki so jo izvedli avtorji Gerchow et al. (2021), so medicinske sestre ocenile, da je komunikacija, ki ni ustrezno prilagojena, potencialno tvegana za napačno interpretacijo informacij s strani pacientov, ki ne govorijo istega jezika. Naša raziskava pa je potrdila, da so pomembni tudi spoštljiv in empatičen pristop ter pripravljenost na razumevanje različnih kulturnih navad in spoštovanje vere posameznikov.

Eden najpomembnejših vidikov komunikacije v kulturno raznolikih zdravstvenih timih je, da različna kulturna ozadja pogosto prinašajo različne načine izražanja, razumevanja in interpretacije informacij. Po mnenju raziskovalcev Murselija & Fileja (2024) lahko zdravstveni delavci, ki prepoznajo pomen kulture, bolje zadovoljujejo specifične potrebe pacientov, kar neposredno vpliva na kakovost oskrbe. Raziskave poudarjajo, da nepravilne komunikacijske prakse lahko povzročijo stres in slabše rezultate dela, zlasti v zahtevnih situacijah (Nemec & Čuček Trifkovič, 2017). Prav tako omenjeni avtorji navajajo, da sta kakovost medosebnih odnosov in uspešnost timskega dela močno povezani, kar kaže, kako pomembna je jasna, odprta in učinkovita komunikacija.

Kvalitativna raziskava med zdravstvenimi delavci v dveh bolnišnicah na jugu Švedske je pokazala, da kulturna raznolikost prinaša koristi in izzive za delovanje timov (Schmidt & Uman, 2024). Avtorji te raziskave

poudarjajo, da sta dobro vodenje in jasna komunikacija o vlogah ter pravilih ključna za uspešno sodelovanje v kulturno raznolikih ekipah (Schmidt & Uman, 2024).

Raziskava je pokazala, da sta medsebojna podpora in pomoč med sodelavci ključna za doseg skupnih ciljev, zlasti v kulturno raznolikih okoljih. Poznavanje kulturnih običajev pozitivno vpliva na delovno vzdušje, spodbuja odprto komunikacijo in zmanjšuje predsodke, kar povečuje zaupanje pacientov. Avtorji Shepherd et al. (2019) pravijo, da na medkulturna srečanja vplivajo tudi drugi dejavniki, kot so osebnost, izobrazba in socialnoekonomski status. Potrebna so dodatna raziskovanja o izvajanju in sprejemanju medkulturnega izobraževanja v različnih zdravstvenih okoljih.

Prednosti kulturne raznolikosti vključujejo bogate izkušnje in večjo inovativnost pri reševanju strokovnih izzivov, vendar se pojavljajo tudi negativna dojemanja, kot sta nezaupanje pacientov do tujih zdravstvenih delavcev in nerazumevanje verskih praks. Zdravstveni delavci lahko te ovire omilijo s spoštljivim odnosom. Ključna sta prilagoditev in dodatno usposabljanje za uspešno vključevanje zdravstvenih delavcev iz drugih kultur. Predlagamo, da izobraževalne ustanove in delodajalci vlagajo v kulturno izobraževanje vseh zaposlenih. Avtorji Osmancevic et al. (2025) navajajo, da je izobraževanje zdravstvenih delavcev na področju medkulturnih kompetenc temeljni dejavnik pri uspešnem upravljanju kulturno raznolikih timov. Ustrezna usposabljanja, osredotočena na kulturno občutljivost, medosebno komunikacijo in razumevanje različnih vrednot, lahko pomembno prispevajo k boljšemu sodelovanju v timu, zmanjševanju nesporazumov ter k večji kakovosti oskrbe pacientov.

Kljub dokazanim koristim ostaja izvajanje tovrstnih usposabljanj pogosto nedosledno in omejeno, zato avtorji poudarjajo potrebo po sistematični in dolgoročni integraciji izobraževanja o kulturnih kompetencah na vse ravni zdravstvenih ustanov. Spodbujanje učenja, ki temelji na izmenjavi izkušenj in refleksiji, je še posebej učinkovito pri gradnji vključujočih in sodelovalnih delovnih okolij.

Uspešnost kulturno raznolikih timov je odvisna od notranjih in zunanjih dejavnikov. Jasna komunikacija, podpora in odprto reševanje konfliktov, skupaj z dobrim vodenjem in dobro organizacijsko kulturo, spodbujajo timsko sodelovanje ter izboljšujejo rezultate za paciente in člane tima (Uman et al., 2020).

V kvantitativni raziskavi (Farsangi et al., 2023) so proučevali tako učinkovitost kot tudi uporabnost mobilne aplikacije za usposabljanje študentov zdravstvene nege v kulturno občutljivi oskrbi pacientov iz različnih kulturnih in etičnih skupin. Ugotovitve kažejo, da inovativni pristopi v izobraževanju medicinskih sester prispevajo k razvoju ustreznih kompetenc za delo v kulturno raznolikih okoljih.

Raziskava se sooča z več omejitvami, ki jih je treba upoštevati pri interpretaciji rezultatov. V raziskavi

so sodelovali predvsem zdravstveni delavci iz ene slovenske regije. Poleg tega je bila udeležba zdravstvenih delavcev z različnih ravni zdravstvene oskrbe omejena, kar bi lahko vplivalo na celovito razumevanje izkušenj v bolj raznolikih timih na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Poleg tega se raziskava osredotoča zgolj na kvalitativno opisno metodo. Čeprav ta omogoča poglobljen vpogled v subjektivne izkušnje in zaznave, bi bilo smiselno rezultate dopolniti s kvantitativno raziskovalno paradigmo, kar bi omogočilo bolj sistematično analizo in širši vpogled v dojetje kulturne raznolikosti v zdravstvenih timih. Prav tako bi bilo koristno raziskati, kako zdravstveni delavci, ki so v Slovenijo prišli nedavno, doživljajo vključevanje v slovenske zdravstvene time in kakšne izzive pri tem zaznavajo. Kljub omenjenim omejitvam raziskava ponuja dragocene vpoglede v izkušnje zdravstvenih delavcev s kulturno raznolikostjo v timih in izpostavlja ključne izzive, s katerimi se soočajo pri zagotavljanju vključujočega in učinkovitega timskega dela.

Zaključek

Raziskava je prispevala k boljšemu razumevanju vpliva kulturne raznolikosti na delovanje zdravstvenih timov ter poudarila pomen strokovnega znanja, profesionalnega pristopa in učinkovite komunikacije pri zagotavljanju kakovostne oskrbe. Kulturna raznolikost v zdravstvenih timih ni več le izziv, temveč pomembna priložnost za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Raznolikost med zdravstvenimi delavci spodbuja večjo občutljivost do potreb pacientov, prispeva k širšemu razumevanju različnih pogledov na zdravje in bolezen ter omogoča bolj vključujočo in prilagojeno obravnavo.

Učinkovita komunikacija, medkulturne kompetence ter spoštovanje različnih kulturnih ozadij so ključni dejavniki uspešnega sodelovanja v timu in kakovostne obravnave pacientov. Za doseganje tega cilja so nujni stalno izobraževanje, odprtost za medsebojno učenje in oblikovanje spodbudnega delovnega okolja, v katerem so razlike sprejete kot prednost. Zdravstveni timi, ki znajo prepoznati in ceniti kulturno raznolikost, lahko bistveno prispevajo k pravičnejšemu, dostopnejšemu in učinkovitejšemu zdravstvenemu sistemu. Ugotovitve kažejo, da lahko raznoliki pogledi in izkušnje pozitivno prispevajo k timskemu delu, če so podprti s spoštljivimi odnosi in jasno opredeljenimi strokovnimi smernicami. Kljub temu so bile zaznane pomanjkljivosti v razumevanju kulturnih razlik, kar lahko vodi v neenotne prakse in izzive pri zagotavljanju enakopravne obravnave pacientov. Na podlagi teh ugotovitev je smiselno okrepiti izobraževanje in usposabljanje s poudarkom na razvoju kulturne kompetence zdravstvenih delavcev. Nadaljnje raziskave bi lahko preučile specifične učinke različnih izobraževalnih pristopov ter identificirale najučinkovitejše strategije za izboljšanje medkulturne integracije v zdravstvenem okolju.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je bila opravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) ter 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

Matic Petrovič je prispeval k oblikovanju uvoda in metodologije, sodeloval pri iskanju in izvajanju intervjujev ter oblikovanju rezultatov in diskusije. Valentina Masten je sodelovala pri iskanju literature in intervjuvancev ter pri oblikovanju diskusije in zaključka. Tamara Milič je prispevala k uvodu, izvedbi intervjujev ter k metodologiji in pisanju rezultatov. Sabina Ličen je opravila kritični pregled članka, svetovala pri strukturi uvoda in diskusije ter pomagala pri iskanju slovenske literature./Matic Petrovič contributed to the Introduction and Methodology sections of the paper, participated in participant recruitment and conduct of interviews, and was involved in the writing of the Results and Discussion sections of the paper. Valentina Masten contributed to the literature search and the recruitment of interviewees, as well as to the drafting of the Discussion and Conclusion sections of the paper. Tamara Milič contributed to the introduction, interviews, methodology, and drafting of the results. Sabina Ličen critically reviewed the paper, advised on the structure of the introduction and discussion, and assisted in literature search in Slovenian. Mirko Prosen contributed to the development of the research idea, the design of the study, and the drafting of the Results, Discussion, and Conclusion sections of the paper.

Literatura

Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2, Article 100051. <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100051>

Avdylaj, L., & Ličen, S. (2022). Identifikacija merskih instrumentov za merjenje kulturnih kompetenc pri medicinskih sestrah in študentih zdravstvene nege: Sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(1), 49–69. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.1.3085>

Bajraktarević, F., Radočaj, T., Rupnik, U., Licen, S., & Prosen, M. (2023). Kulturna raznolikost v timih zdravstvene nege: Kvalitativna raziskava (Cultural diversity in nursing teams: Qualitative research). *Revija za univerzalno odličnost*, 12, 238–252. <https://doi.org/10.37886/ruo.2023.015>

Farsangi, S. N., Khodabandeh Shahraki, S., Cruz, J. P., & Farokhzadian, J. (2023). Designing, implementing, and evaluating a mobile app-based cultural care training program to improve the cultural capacity and humility of nursing students. *BMC Medical Education*, 23(1), Article 979. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04952-4> PMid:38124035; PMCID:PMC10731749

Gerchow, L., Burka, L. R., Miner, S., & Squires, A. (2021). Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 104(3), 534–553. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.017> PMid:32994104; PMCID:PMC8011998

Govere, L., & Govere, E. M. (2016). How effective is cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of minority groups: A systematic review of literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6), 402–410. <https://doi.org/10.1111/wvn.12176> PMid:27779817

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

Im, D., Pyo, J., Lee, H., Jung, H., & Ock, M. (2023). Qualitative research in healthcare: Data analysis. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 56(2), 100–110. <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.471> PMid:37055353; PMCID:PMC10111102

Jelenc, A., Keršič-Svetel, M., & Lipovec Čebren, U. (2016a). Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. In U. Lipovec Čebren (Eds.), *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* (nova verzija, pp. 11–28). Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf

Jelenc, A., Keršič-Svetel, M., & Lipovec Čebren, U. (2016b). Kultura. In U. Lipovec Čebren (Eds.), *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* (nova verzija, pp. 11–28). Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf

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.

Kordeš, U., & Smrdu, M. (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Založba Univerze na Primorskem.

Murseli, A., & Filej, B. (2024). Samoocena kulturne kompetentnosti izvajalcev zdravstvene nege. *Revija za zdravstvene vede*, 11(1), 57–72.
<https://doi.org/10.55707/jhs.v11i1.145>

Naik, A. R., Baker, S., & Mohiyeddini, C. (2023). What is culture? *Frontiers for Young Minds*, 11, Article 1150335.
<https://doi.org/10.3389/frym.2023.1150335>

Nemec, U., & Čuček Trifkovič, K. (2017). Stress among employees in psychiatric nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), 9–23.
<https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.1.122>

Osmancevic, S., Steiner, L. M., Großschädl, F., Lohrmann, C., & Schoberer, D. (2025). The effectiveness of cultural competence interventions in nursing: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 167, Article 105079.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105079>
PMid:40262376

Schmidt, M., & Uman, T. (2024). 'You shouldn't ignore it just because it's sensitive': The perceived needs of healthcare professionals working in culturally diverse teams. *Diversity & Inclusion Research*, 1(2), Article e12015.
<https://doi.org/10.1002/dvr2.12015>

Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Newton, D., Sivasubramaniam, D., & Paradies, Y. (2019). The challenge of cultural competence in the workplace: Perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 19(1), Article 135.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>

Stanford, F. C. (2020). The Importance of diversity and inclusion in the healthcare workforce. *Journal of the National Medical Association*, 112(3), 247–249.
<https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.03.014>

Tosun, B., Yava, A., Dirgar, E., Şahin, E. B., Yılmaz, E. B., Papp, K., Tóthova, V., Hellerova, V., Prosen, M., Licen, S., Karnjus, I., Tamayo, M. D. B., Leyva-Moral, J. M., Claey, A., & Tricas-Sauras, S. (2021). Addressing the effects of transcultural nursing education on nursing students' cultural competence: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 55, Article 103171.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103171>

Uman, T., Edfors, E., & Jakobsson, L. (2020). Cultural diversity in nursing teams: Triggers, team process and contingencies. *International Journal of Health Professions*, 7(1), 90–100.
<https://doi.org/10.2478/ijhp-2020-0009>

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:

Petrovič, M., Milič, T., Masten, V., Ličen, S., & Prosen, M. (2025). Kulturna raznolikost v zdravstvenih timih: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(3), 178–186. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.3.3305>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Intervencije medicinskih sester za izboljšanje adherence pri starejših odraslih v domačem okolju: integrativni pregled literature

Nurse interventions to improve medication adherence in older adults living at home: An integrative literature review

Melita Peršolja^{1,*}, Helena Skočir¹, Ester Benko¹

Ključne besede: adherence za zdravila; domače okolje; starejši odrasli; zdravstvena nega; aktivnosti; patronažna obravnava

Key words: medication adherence; community; older adult; nursing; interventions

¹ Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

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

IZVLEČEK

Uvod: Starajoče se prebivalstvo in porast kroničnih obolenj povečujeta uporabo zdravil, vendar je adherence pri zdravljenju z zdravili pri starejših odraslih, ki živijo doma, slabo raziskana. Namen raziskave je predstaviti dejavnike adherence in preučiti vlogo medicinskih sester pri preprečevanju ter zmanjševanju neadherence v domačem okolju.

Metode: Pregledali smo literaturo v zbirkah Medline, CINAHL, Cochrane Library, PubMed, ScienceDirect, Web of Science, Wiley in ProQuest z uporabo iskalnih pojmov: *aged, home health care, medication adherence, nurse*. Pregledali smo recenzirane objave od leta 2000 do 2025. V analizo smo vključili enaindvajset raziskav, ocenili njihovo kakovost (s standardi STROBE in COREQ) in izvedli tematsko analizo vsebine.

Rezultati: Po analizi smo poudarili več področij, ki jih medicinske sestre obravnavajo pri obravnavi neadherence: izobraževanje pacientov, motivacija, spodbujanje k uporabi pripomočkov, vključevanje in sodelovanje z drugimi strokovnjaki.

Diskusija in zaključek: Medicinske sestre imajo osrednjo vlogo pri identifikaciji in obravnavi neadherence v zdravljenju z zdravili pri starejših odraslih, ki živijo v domačem okolju. Njihove intervencije morajo biti prilagojene posameznikovim potrebam, zahtevam terapije in graditi na strokovnih kompetencah. Zaradi razpršenih rezultatov in omejenih dokazov o učinkovitosti intervencij so potrebne nadaljnje raziskave za razvoj optimalnih, na dokazih temelječih načinov v zdravstveni negi.

ABSTRACT

Introduction: The aging population and rising prevalence of chronic diseases have led to increased medication use; however, limited research has been conducted on medication adherence among older adults living at home. This study aims to identify the factors influencing medication adherence and examine the role of nurses in preventing and reducing medication non-adherence in home care settings.

Methods: A literature review was conducted using the Medline, CINAHL, Cochrane Library, PubMed, ScienceDirect, Web of Science, Wiley, and ProQuest databases. Search terms included 'aged', 'home health care', 'medication adherence', and 'nurse'. Peer-reviewed articles published between 2000 and 2025 were included in the analysis. A total of 21 studies were assessed for quality (using STROBE in COREQ standards), and subjected to thematic content analysis.

Results: The analysis identified several key areas addressed by nurses in managing medication non-adherence: patient education, motivation, use of assistive devices, and collaboration with other healthcare professionals.

Discussion and conclusion: Nurses play a pivotal role in recognising and addressing medication non-adherence among older adults in home care settings. Nursing interventions should be individualised to patient needs and therapeutic requirements, while being grounded in professional competencies. Given the inconsistent findings and limited evidence regarding intervention effectiveness, further research is needed to develop optimal, evidence-based nursing care approaches.



Prejeto/Received: 27. 7. 2024
Sprejeto/Accepted: 15. 7. 2025

© 2025 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

Delež starejših odraslih, starih 65 let in več, v celotnem prebivalstvu narašča, v Sloveniji je med letoma 1991 in 2024 zrasel za 11,2-odstotne točke, z 10,8 % leta 1991 na 22,0 % v 2024 (Statistični urad Republike Slovenije [SURS], 2024). S staranjem se pri prebivalcih povečuje število kroničnih obolenj, kot so sladkorna bolezen, povišan krvni tlak in debelost, kot tudi različne duševne bolezni (Maresova et al., 2019). Zdravljenje postaja bolj kompleksno, saj večina starejših odraslih jemlje tri ali več predpisanih zdravil (Jin et al., 2016), prevalenca polimorbidnosti se v tej skupini pojavlja pri 55 % do 98 % (Marengoni et al., 2011). Tekom procesa staranja se lahko poveča možnost neugodnih odzivov na zdravila, učinek na telo se spremeni, povečajo se stranski učinki (Jafari et al., 2015). Zato je posebej pomembno, da pacient jemlje zgolj predpisana zdravila s pravilnim odmerkom, pravilno pogostostjo in časovno razporeditvijo pa tudi redno in varno v daljšem časovnem obdobju (Bailey et al., 2020). Celoten odnos pacienta do jemanja zdravila skladno z navodili zdravstvenega osebja je zajet v pojmu »*adherenca*«, ki pomeni stopnjo, do katere se pacient strinja z dogovorjenim režimom predpisanih zdravil (World Health Organization [WHO], 2003). Pomeni sodelovanje – ravnanje pacienta v skladu s partnerskim dogovorom med njim in zdravstvenim delavcem. Adherenca je farmacevtski termin, ki se pogosto zamenjuje z besedo »*komplianca*« – vodljivost, ravnanje pacienta v skladu z navodili zdravstvenega delavca, npr. o uporabi zdravil (Bizjak Končar et al., 2023). Pojma imata različen pomen, saj ima pacient pri adherenci v procesu zdravljenja aktivno vlogo, pri komplianci pa je pasiven (Midao et al., 2017).

Neadherenca se pojavlja pri približno tretjini starejših odraslih, ki imajo predpisano medikamentozno terapijo (Ge et al., 2023; Liu et al., 2023; Zeitouny et al., 2023). Višja je pri tistih, ki živijo doma, predvsem v primerih slabšega kognitivnega zdravja, finančnega položaja, polifarmacije, različne časovne razporeditve jemanja zdravil in strahu pacienta pred medsebojnimi učinki zdravil (Punnapurath et al., 2021). Raziskave opisujejo pet dejavnikov, ki lahko vodijo v neadherenco: dejavniki, povezani s socialno-ekonomskim statusom, dejavniki, povezani z zdravstvenim sistemom, dejavniki, povezani s pacientom, dejavniki, povezani z boleznijo, in dejavniki, povezani z zdravljenjem (Aljofan et al., 2023). Posledice neadherence so povečana obolevnost, slabi izidi zdravljenja, višja smrtnost ter nepotrebni stroški (Marengoni et al., 2016; Midao et al., 2017). Ob nepravilnem jemanju terapije se poveča možnost hospitalizacije, poveča se potreba po dražjih zdravilih (močnejši odmerki), pri nekaterih boleznih lahko pride do ponovitve in hujših posledic za zdravje (Baryakova et al., 2023; Kengne et al., 2024). Neadherenca je večdimenzionalen pojav, ki zahteva celostni in ciljno usmerjen pristop (Aljofan et al., 2023; Conn et al., 2015).

Različni avtorji (Delavar et al., 2020; Ruppar et al., 2015) priporočajo monitoring, izobraževanje, pristope preoblikovanja vedenja, vzpostavitev terapevtskega odnosa, komunikacijo, ter obravnavo soobolenj. Intervencije je potrebno kombinirati in prilagoditi potrebam pacienta (Sapkota et al., 2015; Wilhelmsen & Eriksson, 2019). Na splošno so intervencije zdravstvenih delavcev za povečanje adherence skromno raziskane, vendar statistično pomembno učinkovite (Conn et al., 2016). Medicinske sestre imajo edinstveno pozicijo za izvajanje intervencij izboljševanja adherence (Van Camp et al., 2013). Starejši odrasli, ki bivajo v domačem okolju, predstavljajo specifično populacijo, ki zahteva prilagojene intervencije (Marcum et al., 2017). Griffiths et al. (2004) so opisali dve temeljni skupini intervencij patronažnih medicinskih sester, ki jih v domačem okolju izvajajo za spodbujanje adherence: (a) sodelovanje z drugimi zdravstvenimi delavci z namenom širjenja informacij o pacientu; (b) monitoring terapije in zagotavljanje edukacije ter drugih informacij pacientu in njegovim bližnjim. Obstoječa literatura ne zagotavlja dovolj specifičnih priporočil za to skupino, saj: (a) intervencije niso osredotočene na posebnosti starejših odraslih; (b) ne obravnavajo okoliščin domače oskrbe; (c) temeljijo na zastarelih podatkih; ali (č) primarno preučujejo vloge zdravnikov in farmacevtov, medtem ko so intervencije medicinskih sester malo raziskane.

Namen in cilji

Namen raziskave je z uporabo pregleda literature preučiti problematiko adherence pri zdravljenju z zdravili pri starejših odraslih, ki živijo v domačem okolju. Cilji raziskave vključujejo: (1) identifikacijo glavnih razlogov za neadherenco v tej populaciji ter (2) opredelitev učinkovitih intervencij medicinskih sester za preprečevanje in obravnavo tega pojava. Raziskovalno vprašanje, ki ga obravnavamo, se glasi: »Katere intervencije medicinskih sester lahko v domačem okolju zmanjšujejo neadherenco v zdravljenju z zdravili pri starejših odraslih?«

Metode

Izveden je bil integrativni pregled literature.

Metode pregleda

Iskanje literature je potekalo v letu 2024 po različnih mednarodnih bibliografskih zbirkah (Medline, CINAHL, Cochrane Library, PubMed, Science direct, Wiley, ProQuest). Iskalno strategijo smo zastavili s pomočjo akronima PIO (P = populacija; I = intervencija; O = izid, rezultat) in s kombinacijo ključnih besed iz tezavra MeSH uporabili sledeče besede in besedne zveze v angleškem jeziku: aged, home health care, medication adherence, nurse.

Kombinacije pojmov smo izvedli z uporabo Boolovih operatorjev (AND, OR).

Kot vključitvene kriterije smo upoštevali kvalitativne in kvantitativne raziskave ter raziskave mešanih metod in preglede literature, ki obravnavajo tematiko adherence starejših odraslih v domačem okolju. Izključitveni kriterij je predstavljala literatura, ki vsebinsko ni ustrezala izbrani tematiki, ter vrste člankov, kot so mnenja, poročila in uvodniki. Pri izbiri člankov smo upoštevali še, da so bili v angleškem jeziku,

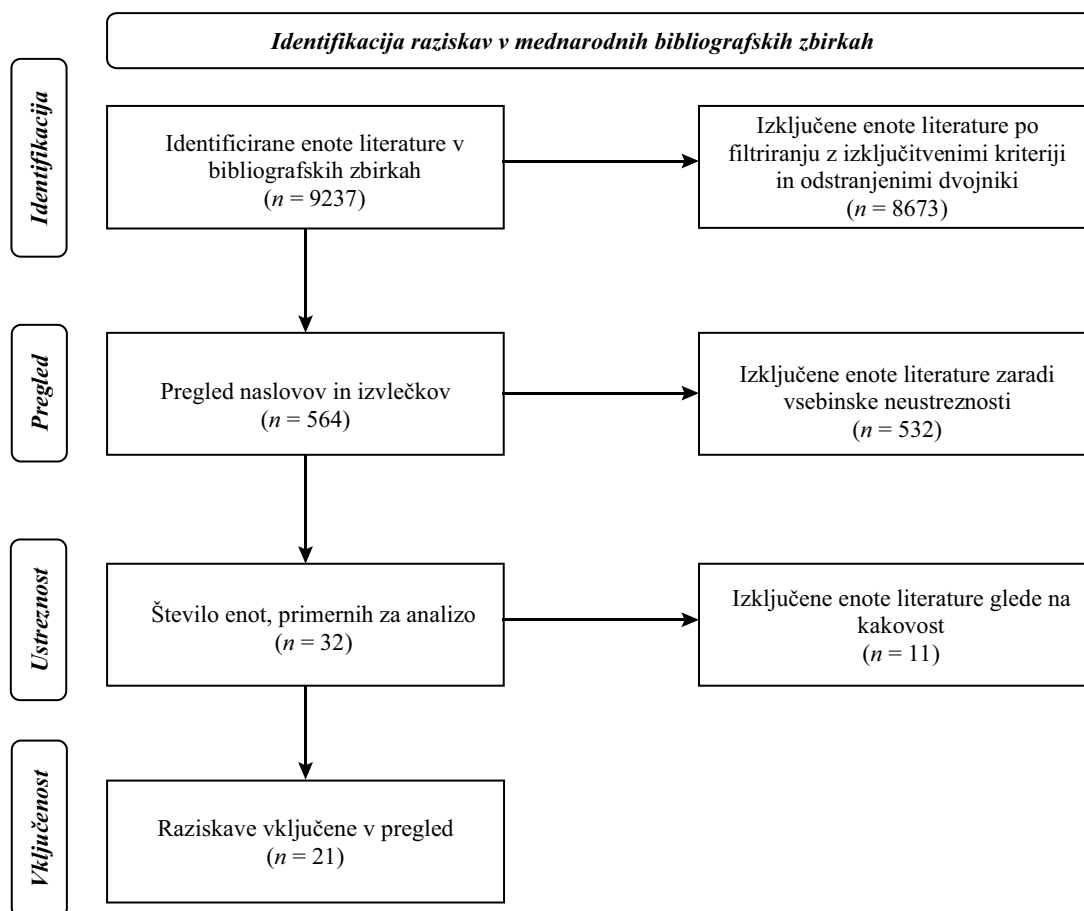
recenzirani in objavljeni v zadnjih petindvajsetih letih (Tabela 1). Za tako širok časovni okvir smo se odločili, saj smo po orientacijskem pregledu literature ugotovili, da je raziskav, ki bi obravnavale vse zastavljene iskalne pojme, izjemno malo.

Rezultati pregleda

V bibliografskih zbirkah smo identificirali 564 zadetkov. V prvi fazi smo pregledali naslove, izvlečke in

Tabela 1: Iskalna strategija

Kriteriji	Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
populacija	starejši odrasli v domačem okolju	starejši odrasli v institucionalnem varstvu, osebe mlajše od 65 let
intervencija	intervencije medicinske sestre	intervencije drugih zdravstvenih delavcev, predpisovanje terapije
izid	adherenca/neadherenca za zdravlila	adherenca za način življenja
časovni okvir	2000–2025	objava pred letom 2000
jezik	angleščina	drugi jeziki
dostopnost člankov	brez omejitev	/
vrste člankov	članki na osnovi kvalitativne, kvantitativne metodologije, raziskave mešanih metod, pregledni članki	uvodniki, protokoli, dvojniki, mnenja



Slika 1: Diagram poteka pregleda literature

Tabela 2: Število identificiranih zadetkov glede na raven dokaza

Raven dokaza	Vrsta raziskave	Število člankov
1	sistematični pregled literature	6
2	posamezne randomizirane raziskave	2
3	posamezne nerandomizirane/kvazi-eksperimentalne raziskave	3
4	prospektivne/kohortne raziskave	3
5	posamezne retrospektivne raziskave, raziskave s kontrolno skupino	1
6	posamezne presečne raziskave	1
7	kvalitativne raziskave	5
8	mnenje strokovnjakov, študije primera	0

ključne besede ter izločili tiste članke, ki niso ustrezali vključitvenim kriterijem. Ostalo je 32 zadetkov, ki smo jih v celoti prebrali. Izmed teh smo izločili še enajst člankov slabše kakovosti. Potek pregleda literature smo shematsko prikazali v diagramu PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) (Page et al., 2021) (Slika 1).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Kakovost vključenih raziskav smo s hierarhijo dokazov kategorizirali na osem stopenj po Polit & Beck (2018) (Tabela 1). Vključili smo šest sistematičnih pregledov literature, dve randomizirani raziskavi, tri kvazi-eksperimentalne, tri kohortne, eno retrospektivno, eno presečno in pet kvalitativnih raziskav. Glede na državo so vključeni po en članek iz Belgije, Portugalske, Italije, Kanade, Norveške, Švedske, Koreje, Združenega kraljestva in Švice, dva iz Finske in Avstralije, ter osem iz Združenih držav Amerike.

Za izbrane vire iz kvantitativnih raziskav smo uporabili standard ocene STROBE (*angl. Strengthening The Reporting Of Observational Studies In Epidemiology*) (von Elm et al., 2007), za kvalitativne raziskave pa COREQ (*angl. Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research*) (Tong et al., 2007).

Analizo podatkov smo izvedli z metodo tematske analize, pri kateri smo združili rezultate raziskav, zbranih s kvalitativnimi in kvantitativnimi metodami. Analizo rezultatov in diskusije izbranih virov smo izvedli z odprtim kodiranjem, kot priporočata Willing & Stainton Rogers (2017). Pomensko podobne kode smo združili v kategorije, te pa v vsebinske teme.

Rezultati

V tematsko analizo smo vključili enaindvajset člankov, katerih značilnosti prikazuje tabela 2. V nadaljevanju prikazujemo sintezo podatkov in oblikovanje tem ter kategorij. S kodiranjem smo identificirali tri temeljne teme, ki se nanašajo na adherenco: determinante vezane na pacienta, na zdravila in ukrepe medicinske sestre (Tabela 3).

Determinante, ki so povezane s starejšim odraslim in njegovim zdravstvenim stanjem ter vplivajo na pojav adherence, vključujejo področje duševnega in fizičnega zdravja ter demografskih značilnosti (Henriques et al., 2012; Kajander-Unkuri et al., 2023; Minkin et al., 2014; Park & Kim, 2016; Pherson et al., 2018; Previdoli et al., 2023; Reeder et al., 2013; Ruppert et al., 2008; Sheehan et al., 2018; Turjamaa et al., 2020; Verloo et al., 2017) ter vedenja in navad, znanja, prepričanja in stališč (Dumitrescu et al., 2025; Lagerin et al., 2014; Liquori et al., 2024; Minkin et al., 2014; Park & Kim, 2016; Pherson et al., 2018).

Med determinantami, ki so vezane na zdravila, na adherenco vplivajo zahtevnost rokovanja z zdravili, pakiranje (Griffiths et al., 2004; Pherson et al., 2018); zapletenost režima doziranja, kopičenje zdravil ter verjetnost napak pri doziranju (Cross et al., 2020; DeKoekkoek et al., 2015; Griffiths et al., 2004; Gudala et al., 2022; Henriques et al., 2012; Kaasalainen et al., 2011; Kajander-Unkuri et al., 2023; Previdoli et al., 2023; Reeder et al., 2013; Turjamaa et al., 2020; Verloo et al., 2017). Med farmacevtskimi značilnostmi terapije raziskovalci poudarjajo pomen zahtevnosti shranjevanja zdravil, stranskih učinkov, reakcij med zdravili in tudi barve zdravil (Dumitrescu et al., 2025; Griffiths et al., 2004; Gudala et al., 2022; Henriques et al., 2012; Lagerin et al., 2014; Pherson et al., 2018).

Naloge medicinske sestre na tem področju vključujejo spremljanje pacienta, izobraževanje in motiviranje ter digitalne in druge načine. V okviru spremljanja stanja pacienta medicinska sestra zbira informacije, izvaja meritve, preventivne obiske in telefonske klice ter ugotavlja tveganja za neadherenco (Cross et al., 2020; Dumitrescu et al., 2025; Griffiths et al., 2004; Henriques et al., 2012; Kaasalainen et al., 2011; Kajander-Unkuri et al., 2023; Lagerin et al., 2014; Minkin et al., 2014; Park & Kim, 2016; Pherson et al., 2018; Previdoli et al., 2023; Ruppert et al., 2008; Verloo et al., 2017). Ena najpomembnejših intervencij medicinske sestre je učenje, v sestavnem delu katerega pacientu pomaga v samoorganizaciji, izvaja zdravstveno vzgojo, svetuje in ga vodi v boljše poznavanje zdravil (Cross et al., 2020; Dumitrescu et al., 2025; Griffiths et al., 2004; Gudala et al., 2022; Henriques et al., 2012; Kajander-Unkuri et al., 2023; Lagerin et al., 2014; Liquori et al.,

Tabela 3: Karakteristike vključenih raziskav o starejših odraslih, ki živijo doma

<i>Avtor, letnica in država</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Namen</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
Cross et al., 2020 Avstralija	pregled literature	Oceniti učinkovitost intervencij za izboljšanje sposobnosti jemanja zdravil in/ali obvladovanja zdravil.	Vpliva intervencij na sposobnost jemanja zdravil niso mogli potrditi.
DeKoekkoek et al., 2015 Združene države Amerike	pregled literature	Oblikovati znanstvene podlage za uporabo besedilnih opomnikov pri spodbujanju adherence.	Devet od trinajstih raziskav je pokazalo, da so se z uporabo besedilnih sporočil stopnje adherence izboljšale za 15,3–17,8 %.
Dumitrescu et al., 2025 Belgija	presečna raziskava	Opisati izkušnje starejših pacientov v domači oskrbi in težav pri uporabi visoko tveganih zdravil: kako uporabljajo ta zdravila, kakšno strokovno podporo prejemajo in katere mogoče neželene učinke zdravil izkusijo.	Razumevanje pacientovih izkušenj z riziki in komunikacija s pacientom sta ključnega pomena. Medicinske sestre bi morale skrbno spremljati terapijo z zdravili pri pacientih v domači oskrbi, pri čemer naj upoštevajo pacientovo avtonomijo.
Griffiths et al., 2004 Avstralija	kombinirana pred-po in presečna raziskava	Raziskati aktivno vlogo medicinske sestre v procesu medikamentoznega zdravljenja.	Med starejšimi odraslimi sta bila ugotovljena višji nivo znanja in večja uporaba pripomočkov za adherence.
Gudala et al., 2022 Združene države Amerike	kvalitativna raziskava	Opisati koristi, ovire in potrebe po informacijah, ki jih lahko zagotovi glasovno podprta umetna inteligenca.	Glasovno podprt chatbot bi lahko prispeval k izboljšanju adherence, če bi bil zasnovan tako, da zadovoljuje različne potrebe starejših odraslih po informacijah o zdravlilih, opominjanju in poučevanju.
Henriques et al., 2012 Portugalska	kvalitativna raziskava	Opisati načine upravljanja z medikamentozno terapijo.	Poudarili so štiri kategorije: živeti s terapijo, jemanje terapije, prepričanja o terapiji in odnos z zdravstvenimi strokovnjaki, posebej z medicinsko sestro.
Kaasalainen et al., 2011 Kanada	kvalitativna raziskava	Opisati osebne izkušnje pacientov, njihovih bližnjih in zdravstvenih delavcev v zvezi z adherence.	Opisali so veliko strategij, ki so lahko uspešne pri doseganju čim višje adherence.
Kajander-Unkuri, et al., 2023 Norveška	nerandomizirana klinična raziskava	Preučiti vpliv uporabe robota za upravljanje z zdravili na porabo delovnega časa strokovnjakov za oskrbo na domu.	Največje prednosti glasovno podprtega chatbota za informacije o zdravlilih so premagovanje težav z vidom in spretnostjo. Pripomore k izboljšanju znanja o zdravlilih, povečanju adherence ter podpira splošno zdravje.
Lagerin et al., 2014 Švedska	kohortna raziskava	Opisati dejavnike neadherence pri starejših odraslih ter ukrepe medicinskih sester.	Priporočajo preventivne obiske na domu in uporabo orodja Safe medication assessment.
Liquori et al., 2024 Italija	kvalitativna raziskava	Preučiti izkušnje starejših odraslih pri obvladovanju terapije ter njihov pogled na adherence k zdravljenju z zdravili.	Starejši pacienti poudarjajo vpliv individualnih, motivacijskih in relacijskih vidikov. Poudarjena je potreba po izboljšani kontinuiteti oskrbe in podpori med prehodom iz bolnišnice v domačo oskrbo.
Minkin et al., 2014 Združene države Amerike	kvazi-eksperimentalna raziskava	Izmeriti učinkovitost motivacijskih intervjujev.	Intervencija z motiviranjem je bila uspešna, v času od enega do šest mesecev se je adherence povišala.
Park & Kim, 2016 Južna Koreja	kvaziekspirement	Raziskati učinek obiskov medicinske sestre na adherence.	Obiski medicinske sestre na domu lahko izboljšajo adherence in življenjski slog pacientov.
Pherson et al., 2018 Združene države Amerike	retrospektivna raziskava	Opisati sodelovanje medicinske sestre in farmacevta v okviru projekta CAPABLE.	V sodelovanju s farmacevta so medicinske sestre identificirale težave, povezane z zdravlili, in prenesle rešitve pacientom na dom.

Se nadaljuje

<i>Avtor, letnica in država</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Namen</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
Previdoli et al., 2023 Združeno kraljestvo	pregled literature	Opredeliti intervencije za izboljšanje samostojnosti pri jemanju zdravil.	Večina raziskav je ugotavljala učinkovitost edukacijskih intervencij, predvsem intervencij za izboljšanje upoštevanja režima terapije in za boljše poznavanje zdravil.
Reeder et al., 2013 Združene države Amerike	randomizirana kontrolirana raziskava	Preučiti sprejemljivost naprave za razdeljevanje zdravil pri starejših odraslih.	Naprava za upravljanje z zdravili je ob sodelovanju z medicinskimi sestrami za starejše odrasle sprejemljivo orodje.
Ruppar et al., 2008 Združene države Amerike	pregled literature	Poiskati intervencije za obvladovanje adherence.	Intervencije so bile kategorizirane glede na osredotočenost (dejavniki bolnika, zdravil in uporabe). Večina je bila usmerjena v spodbujanje znanja in spretnosti za jemanje zdravil ter doslednost pri tem.
Sheehan et al., 2018 Združene države Amerike	kvazi-eksperimentalna raziskava	Razviti in preizkusiti informacijsko orodje HOME.	Medicinske sestre so uspele vključiti orodje HOME v delovni proces ter poročale o izboljšani komunikaciji z zdravniki glede zdravil.
Turjama et al., 2020 Finska	pregled literature	Ugotoviti, kako pametni sistemi za upravljanje z zdravili vplivajo na vsakdanje življenje.	Pametni sistemi za upravljanje zdravil omogočajo regulacijo časov in odmerkov zdravil ter zaznavanje napak.
Turjamaa et al., 2023 Finska	kvalitativna raziskava	Opisati izkušnje pacientov z robotom za jemanje zdravil.	Poglobiti je treba razumevanje implementacije in uporabe digitalnih rešitev, da bi preprečili digitalne pomanjkljivosti in zagotovili celovitejšo sliko tega pojava.
Verloo et al., 2017 Švica	pregled literature	Oceniti učinke intervencij zdravstvene nege za izboljšanje adherence.	Intervencije pod vodstvom (ali s sodelovanjem) medicinske sestre so zmerno izboljšale adherenco.
Winland-Brown & Valiante, 2000 Združene države Amerike	kvazi-eksperimentalna raziskava	Preučiti učinke treh različnih načinov k obvladovanju adherence.	Ugotovljene so bile pomembne razlike v povprečnem številu manjkajočih odmerkov zdravila. Skupina, ki je zdravila jemala sama, je pogostejše obiskovala zdravnika in bila hospitalizirana.

2024; Park & Kim, 2016; Pherson et al., 2018; Previdoli et al., 2023; Ruppar et al., 2008; Verloo et al., 2017). Pacienta je treba aktivno vključiti v proces zdravljenja in mu pomagati, da prepozna nujnost zdravljenja in je zanj motiviran (Minkin et al., 2014). Medicinska sestra pri motiviranju uporablja motivacijske intervjuje, opomnike, dnevnik, koledarje in različne vodnike (DeKoekkoek et al., 2015; Griffiths et al., 2004; Gudala et al., 2022; Henriques et al., 2012; Lagerin et al., 2014; Minkin et al., 2014; Previdoli et al., 2023; Ruppar et al., 2008; Verloo et al., 2017). Razen opolnomočenja pacienta se za podporo pri predpisnem in doslednem jemanju zdravil uporabljajo različni pripomočki in sistemi. Mednje spadajo alarmi, interaktivna orodja, kot so videoigre in aplikacije chatbot, ter računalniški programi. Razen tega so za boljšo organizacijo jemanja zdravil na voljo tudi mehanska orodja, kot so razdelilniki za zdravila, ki olajšajo natančno

odmerjanje in razporeditev terapije (DeKoekkoek et al., 2015; Gudala et al., 2022; Kajander-Unkuri et al., 2023; Liquori et al., 2024; Reeder et al., 2013; Turjamaa et al., 2020; Verloo et al., 2017). Multifaktorski in kombinirani pristop, ki temelji na reševanju specifičnih problemov in je prilagojen individualnim potrebam pacienta, vključuje neposredno sodelovanje med zdravstvenimi strokovnjaki, kot so medicinske sestre, farmacevti in zdravniki. Ključni elementi tega pristopa so učinkovita koordinacija dela, integracija pacienta v proces zdravstvene oskrbe ter gradnja kakovostnega in zaupljivega odnosa med vsemi deležniki (Cross et al., 2020; Dumitrescu et al., 2025; Kaasalainen et al., 2011; Lagerin et al., 2014; Liquori et al., 2024; Pherson et al., 2018; Previdoli et al., 2023; Sheehan et al., 2018; Turjamaa et al., 2020; Verloo et al., 2017).

Iz literature lahko povzamemo, da medicinska sestra opravlja številne naloge: (a) spremljanje potreb

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah in temah ter avtorjih

<i>Teme</i>	<i>Kategorije</i>	<i>Kode</i>	<i>Avtorji</i>
Determinante, vezane na pacienta	duševno zdravje	depresija, slabše kognitivne funkcije, anksioznost, druge težave v duševnem zdravju, osamljenost	(Kajander-Unkuri et al., 2023; Sheehan et al., 2018; Turjamaa et al., 2020)
	fizično zdravje	omejene spretnosti, ITM ≥ 25 , slabša fizična mobilnost, slabši sluh, slabša finomotorika, motnje spanja, krhkost	(Pherson et al., 2018; Previdoli et al., 2023; Turjamaa et al., 2020)
	kronične bolezni	sladkorna bolezen, vodenje bolezni, samostojnost – avtonomija, povišan krvni tlak	(Henriques et al., 2012; Kajander-Unkuri et al., 2023; Minkin et al., 2014; Park & Kim, 2016; Previdoli et al., 2023; Reeder et al., 2013; Ruppar et al., 2008; Turjamaa et al., 2020; Verloo et al., 2017)
	demografske značilnosti	višja starost, moški spol, nižja izobrazba, slaba socialna mreža, podpora družine, revščina, živi sam	(Gudala et al., 2022; Kaasalainen et al., 2011; Lagerin et al., 2014; Park & Kim, 2016)
	vedenje, navade	slabše higienske navade, alkoholizem, druga tvegana vedenja, rutina	(Lagerin et al., 2014; Liquori et al., 2024; Minkin et al., 2014; Park & Kim, 2016)
	znanje, prepričanja, stališča	zavračanje zdravstvene obravnave, prepričanje o svojem zdravju in zdravlilih, nezaupanje v učinke zdravil, pomanjkanje znanja o zdravlilih, bolezni, zdravstvenem stanju, nerazumevanje navodil, zdravstvena pismenost, samostojnost	(Dumitrescu et al., 2025; Henriques et al., 2012; Liquori et al., 2024; Park & Kim, 2016; Pherson et al., 2018)
Determinante, vezane na zdravila	rokovanje z zdravili	uporaba škatlic za zdravila, rezanje tablet, težko odpiranje škatlic, pakiranje	(Griffiths et al., 2004; Pherson et al., 2018)
	režim zdravljenja	polifarmacija, spremembe v režimu jemanja, zapleten režim doziranja, kopičenje zdravil, napake, varnost	(Cross et al., 2020; DeKoekkoek et al., 2015; Griffiths et al., 2004; Gudala et al., 2022; Henriques et al., 2012; Kaasalainen et al., 2011; Kajander-Unkuri et al., 2023; Previdoli et al., 2023; Reeder et al., 2013; Turjamaa et al., 2020; Verloo et al., 2017)
	farmacevtske značilnosti	zahteve za shranjevanje, stranski učinki, reakcije med zdravili, barva tablet	(Dumitrescu et al., 2025; Griffiths et al., 2004; Gudala et al., 2022; Henriques et al., 2012; Lagerin et al., 2014; Pherson et al., 2018)
Determinante, vezane na ukrepe medicinske sestre	spremljanje	zbiranje informacij, evalvacija doziranja zdravil, preventivni obiski na domu, telefonski klici, svetovanje, vzpostavljane zaupanja, dolgoročno spremljanje, podpora, načrt obravnave, ugotavljanje tveganj	(Cross et al., 2020; Dumitrescu et al., 2025; Griffiths et al., 2004; Henriques et al., 2012; Kaasalainen et al., 2011; Kajander-Unkuri et al., 2023; Lagerin et al., 2014; Minkin et al., 2014; Park & Kim, 2016; Pherson et al., 2018; Previdoli et al., 2023; Ruppar et al., 2008; Verloo et al., 2017)
	izobraževanje	pomoč pri samoorganiziranju, dajanje navodil, zdravstvena vzgoja, protokoli, telefonsko vodenje in svetovanje, edukacija za boljše poznavanje zdravil	(Cross et al., 2020; Dumitrescu et al., 2025; Griffiths et al., 2004; Gudala et al., 2022; Henriques et al., 2012; Kajander-Unkuri et al., 2023; Lagerin et al., 2014; Liquori et al., 2024; Park & Kim, 2016; Pherson et al., 2018; Previdoli et al., 2023; Ruppar et al., 2008; Verloo et al., 2017)
	motiviranje	utemeljevanje razlogov za prejemanje terapije, motivacijski intervjuji, spodbujanje uporabe pripomočkov, opomniki, spodbujanje k pisanju dnevnika, uporabi koledarja, vodnikov	(DeKoekkoek et al., 2015; Griffiths et al., 2004; Gudala et al., 2022; Henriques et al., 2012; Lagerin et al., 2014; Minkin et al., 2014; Previdoli et al., 2023; Ruppar et al., 2008; Verloo et al., 2017)
	digitalni pristopi	spodbujanje k uporabi alarmov in drugih opomnikov, računalniškega programa, videoigre, elektronski sistem za doziranje, chatbot, orodje HOME, sistem SMART sistem	(DeKoekkoek et al., 2015; Gudala et al., 2022; Kajander-Unkuri et al., 2023; Liquori et al., 2024; Reeder et al., 2013; Turjamaa et al., 2020; Verloo et al., 2017)
	drugi pristopi	multifaktorski, kombiniran, problemski, individualiziran pristop, sodelovanje s farmacevtom in zdravnikom, koordinacija dela, integracija pacienta, finančne ugodnosti	(Cross et al., 2020; Dumitrescu et al., 2025; Kaasalainen et al., 2011; Lagerin et al., 2014; Liquori et al., 2024; Pherson et al., 2018; Previdoli et al., 2023; Sheehan et al., 2018; Turjamaa et al., 2020; Verloo et al., 2017)

in značilnosti pacienta z namenom prilagoditve obravnave in pristopa; (b) ocenjevanje sposobnosti pacienta za pravilno jemanje zdravil s poudarkom na prepoznavanju ovir in omejitev; (c) učenje pacienta o pomenu zdravljenja z zdravili, o odmerkih, namenu ter mogočih stranskih učinkih; (č) motiviranje pacienta za spoštovanje predpisanega režima terapije; (d) priporočanje uporabe podpornih sistemov za jemanje zdravil, kot so digitalna orodja (npr. chatbot); (e) posvet s farmacevtom ali zdravnikom, kadar so ugotovljene težave, kot so zapleteni režimi zdravljenja, zmanjšana sposobnost jemanja, polifarmacija, alergije ali neželeni učinki zdravil; (f) nadzor nad ustreznostjo jemanja zdravil, zlasti po spremembah v režimu ali uvedbi pripomočkov za izboljšanje adherence; (g) pridobitev pomoči od družinskih članov ali drugih, ki lahko pomagajo pri izboljšanju adherence.

Diskusija

V okviru pregleda literature smo identificirali in analizirali dejavnike, ki vplivajo na neadherenco v zdravljenju z zdravili pri starejših odraslih, živčih v domačem okolju, ter proučili intervencije medicinskih sester pri izboljševanju adherence. Rezultati analize so pokazali, da adherence opredeljuje večdimenzionalni nabor dejavnikov, pri čemer intervencije medicinskih sester lahko prispevajo k izboljšanju adherence. Rezultati naše raziskave potrjujejo ugotovitve prejšnjih raziskav, ki poudarjajo pomen individualiziranega pristopa medicinskih sester pri obvladovanju adherence. Vendar naša raziskava poudarja potrebo po izvirnih kliničnih raziskavah in ugotavljanju uspešnosti uporabe digitalnih orodij, kar je bilo doslej manj obravnavano.

Pomembno je, da medicinska sestra najprej prepozna nižjo stopnjo adherence za zdravila ter razloge za slabše sodelovanje pacienta in šele na podlagi tega izvede ustrezne intervencije (Janežič & Kos, 2015). Starejše prebivalstvo je namreč nagnjeno k napačnemu ravnanju z zdravili iz različnih razlogov (Winland-Brown & Valiante, 2000), najpogosteje pa se kaže potreba po pomoči z opomniki ter zagotavljanje informacij o stranskih učinkih zdravil in navodilih za uporabo (Kajander-Unkuri et al., 2023). Med determinantami adherence ni najti družine in socialnih mrež, ki sta na primer v raziskavah adherence pri pacientih s kroničnimi obolenji pomembna dejavnika realizacije polifarmacije (Lauffenburger et al., 2019; Ni et al., 2022). Han et al. (2024) poudarjajo pomen multidisciplinarnega pristopa za napredek na tem področju. S tem v zvezi medicinska sestra prevzema vlogo koordinatorice, kar zahteva, da se jo opolnomoči in dejavno vključi v proces zdravljenja z zdravili (Cheng et al., 2023). Raziskave kažejo, da medicinske sestre tudi v slovenskem okolju izražajo potrebo po pridobivanju dodatnih kompetenc in širših pristojnostih, kar bi lahko izboljšalo kakovost oskrbe pacientov (Petrović et al., 2021). Ravi et al. (2022) poudarjajo na primer sodelovanje medicinskih sester

in farmacevtov v domačem okolju, ki lahko izboljša obvladovanje bolezni, prepreči škodljive učinke zdravil in zmanjša pogostost hospitalizacij.

V pregledu literature smo našli bolj ali manj teoretične raziskave, kar pomeni, da primanjkuje izvirnih raziskav s področja adherence pri starejših odraslih, ki živijo doma. Dostopni dokazi o učinkovitosti intervencij, ki jih vodijo medicinske sestre, so nedosledni, osredotočeni na specifične bolezni in so pogosto kombinirani s psihološkimi intervencijami (Berardinelli et al., 2024). Predvsem manjkajo raziskave s področja uporabe digitalnih pripomočkov, njihovega dolgoročnega vpliva in razmislek o njihovi dostopnosti in primernosti za to ciljno skupino. Intervjuji s starejšimi pacienti sicer kažejo, da na splošno podpirajo digitalne rešitve v farmakološkem zdravljenju, pri čemer prepoznavajo njihov potencial, vendar navajajo tudi omejitve (Liquori et al., 2024). Starejši odrasli morda niso popolnoma vešč uporabe digitalnih orodij, ki so lahko zanje preveč zapletena in nepraktična.

Ob interpretaciji rezultatov te raziskave je treba upoštevati, da se kompetence medicinskih sester med državami nekoliko razlikujejo. Iz tega razloga smo morali izločiti raziskave, ki so navajale predpisovanje terapije in prilagajanje režima zdravljenja, ki pri nas nista na seznamu kompetenc medicinske sestre. Kljub temu je praktična uporabnost te raziskave visoka, saj poudarja dejanske strategije, ki jih lahko medicinske sestre uporabijo za izboljšanje adherence pri starejših odraslih, ki živijo doma. Ugotovitve so posebej pomembne v okoliščinah starajočega se prebivalstva.

V analizo smo vključili vse oblike raziskav, vendar je število izvirnih raziskovalnih člankov omejeno. Upoštevali smo članke za obdobje zadnjih petindvajset let, kar je omogočilo večji pregled predlaganih intervencij, vendar je zaradi hitrega razvoja digitalnih orodij del nekaterih rešitev že zastarel. Določene raziskave so se osredinile na specifične skupine, ki smo jih izključili, če niso obravnavale starejših odraslih. Zaradi teh omejitev in heterogenih rezultatov raziskav je treba področje nadalje podrobneje raziskati. Prihodnje raziskave bi morale biti dolgoročno zasnovane in dovolj obsežne, da bi omogočile zaznavanje pomembnih razlik v zdravstvenih izidih.

Zaključek

S pregledom literature smo ugotovili, da obstaja nabor intervencij, ki se jih medicinske sestre lahko poslužijo s ciljem zmanjšanja neadherence pri starejših odraslih, ki živijo doma. Ob trendu polimorbidnosti in s tem polifarmacije bi lahko z motiviranjem, poučevanjem, podpornim odnosom, interdisciplinarnim in individualiziranim spremljanjem ter ob izbiri ustreznih (digitalnih) pripomočkov pomembno vplivali na zmanjševanje neadherence in s tem na boljše izide zdravljenja.

Nasprotje interesov/Conflict of interests

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

Prispevek avtorjev/Author contributions

Vse avtorice so sodelovale pri pripravi članka in vse so odobrile verzijo, ki bo objavljena. Vse se strinjajo, da so odgovorne za vse vidike dela in zagotavljajo, da so vprašanja v zvezi s točnostjo ali celovitostjo katerega koli dela članka ustrezno raziskana in rešena./All authors were involved in preparing the article, they all gave final approval for the version to be published, and they all agree to be accountable for all aspects of the work by ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

Literatura

Aljofan, M., Oshibayeva, A., Moldaliyev, I., Saruarov, Y., Maulenkul, T., & Gaipov, A. (2023). The rate of medication nonadherence and influencing factors: A systematic review. *Electronic Journal of General Medicine*, 20(3), Article em471. <https://doi.org/10.29333/ejgm/12946>

Bailey, S. C., Opsasnick, L. A., Curtis, L. M., Federman, A. D., Benavente, J. Y., O'Connor, R., & Wolf, M. S. (2020). Longitudinal investigation of older adults' ability to self-manage complex drug regimens. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(3), 569–575. <https://doi.org/10.1111/jgs.16255> PMID:31765007; PMCID:PMC7056504

Baryakova, T. H., Pogostin, B. H., Langer, R., & McHugh, K. J. (2023). Overcoming barriers to patient adherence: The case for developing innovative drug delivery systems. *Nature Reviews Drug Discovery*, 22(5), 387–409. <https://doi.org/10.1038/s41573-023-00670-0> PMID:36973491; PMCID:PMC10041531

Berardinelli, D., Conti, A., Hasnaoui, A., Casabona, E., Martin, B., Campagna, S., & Dimonte, V. (2024). Nurse-led interventions for improving medication adherence in chronic diseases: A systematic review. *Healthcare (Basel)*, 12(23), Article 2337. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232337> PMID:39684959; PMCID:PMC11641167

Bizjak Končar, A., Divjak Race, D., Gabrovšek, D., Gliha Komac, N., Jakop, N., Ježovnik, J., Kocijančič, G., Kramberger, J., Križman, M., Lah, M., Marolt, P., Novak, T., Oblak, R., Petek, U., Rozman, E., Smole, M., Tomšič, L., Vidmar, B., Zupančič, K., & Žele, A. (2023). SSKJ, *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Založba ZRC.

Cheng, C., Yu, H., & Wang, Q. (2023). Nurses' experiences concerning older adults with polypharmacy: A meta-synthesis of qualitative findings. *Healthcare (Basel)*, 11(3), Article 334. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030334> PMID:36766909; PMCID:PMC9914425

Conn, V. S., Ruppar, T. M., Enriquez, M., & Cooper, P. (2016). Medication adherence interventions that target subjects with adherence problems: Systematic review and meta-analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12(2), 218–246. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.06.001> PMID:26164400; PMCID:PMC4679728

Conn, V. S., Ruppar, T. M., Enriquez, M., Cooper, P. S., & Chan, K. C. (2015). Healthcare provider targeted interventions to improve medication adherence: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Practice*, 69(8), 889–899. <https://doi.org/10.1111/ijcp> PMID:25728214; PMCID:PMC5673083

Cross, A. J., Elliott, R. A., Petrie, K., Kuruvilla, L., & George, J. (2020). Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *Cochrane Database of Systematic review*, 5(5), Article Cd012419. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012419.pub2> PMID:32383493; PMCID:PMC7207012

DeKoekkoek, T., Given, B., Given, C. W., Ridenour, K., Schueller, M., & Spoelstra, S. L. (2015). mHealth SMS text messaging interventions and to promote medication adherence: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19/20), 2722–2735. <https://doi.org/10.1111/jocn.12918> PMID:26216256

Delavar, F., Pashaeypoor, S., & Negarandeh, R. (2020). The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 103(2), 336–342. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.028> PMID:31451361

- Dumitrescu, I., Casteels, M., De Vlieghe, K., Hubens, C., & Dilles, T. (2025). Home care patient's experiences and medication burden related to high-risk medication use: A cross-sectional study. *International Journal of Older People Nursing*, 20(1), Article e70003.
<https://doi.org/10.1111/opn.70003>
PMid:39663656
- Ge, L., Heng, B. H., & Yap, C. W. (2023). Understanding reasons and determinants of medication non-adherence in community-dwelling adults: A cross-sectional study comparing young and older age groups. *BMC Health Services Research*, 23(1), Article 905.
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09904-8>
PMid:37620970; PMCID:PMC10464472
- Griffiths, R., Johnson, M., Piper, M., & Langdon, R. (2004). A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International Journal of Nursing Practice*, 10(4), 166–176.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2004.00476.x>
PMid:15265227
- Gudala, M., Ross, M. E. T., Mogalla, S., Lyons, M., Ramaswamy, P., & Roberts, K. (2022). Benefits of, barriers to, and needs for an artificial intelligence-powered medication information voice chatbot for older adults: Interview study with geriatrics experts. *JMIR Aging*, 5(2), Article e32169.
<https://doi.org/10.2196/32169>
PMid:35482367; PMCID:PMC9100542
- Han, Y., Chen, J., Xu, Y., Huang, P., & Hou, L. (2024). Nurse-led medication management as a critical component of transitional care for preventing drug-related problems. *Aging Clinical and Experimental Research*, 36(1), Article 151.
<https://doi.org/10.1007/s40520-024-02799-3>
PMid:39060872; PMCID:PMC11282160
- Henriques, M. A., Costa, M. A., & Cabrita, J. (2012). Adherence and medication management by the elderly. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21/22), 3096–3105.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04144.x>
PMid:22882751
- Jafari, F., Khatony, A., & Rahmani, E. (2015). Prevalence of self-medication among the elderly in Kermanshah-Iran. *Global Journal of Health Science*, 7(2), 360–365.
<https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p360>
- Janežič, A., & Kos, M. (2015). Z dokazi podprte intervencije za izboljšanje sodelovanja pri zdravljenju z zdravili. *Farmacevtski vestnik*, 66(5), 378–386.
- Jin, H., Kim, Y., & Rhie, S. J. (2016). Factors affecting medication adherence in elderly people. *Patient Prefer Adherence*, 10, 2117–2125.
<https://doi.org/10.2147/ppa.s118121>
PMid:27799748; PMCID:PMC5077271
- Kaasalainen, S., Dolovich, L., Papaioannou, A., Holbrook, A., Lau, E., Ploeg, J., Levine, M., Cosby, J., & Emily, A. (2011). The process of medication management for older adults with dementia. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3(4), 407–418.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2011.01114.x>
- Kajander-Unkuri, S., Vaismoradi, M., Katajisto, J., Kangasniemi, M., & Turjamaa, R. (2023). Effect of robot for medication management on home care professionals' use of working time in older people's home care: A non-randomized controlled clinical trial. *BMC Health Services Research*, 23(1), Article 1344.
<https://doi.org/10.1186/s12913-023-10367-0>
PMid:38042773; PMCID:PMC10693699
- Kengne, A. P., Brière, J. B., Zhu, L., Li, J., Bhatia, M. K., Atanasov, P., & Khan, Z. M. (2024). Impact of poor medication adherence on clinical outcomes and health resource utilization in patients with hypertension and/or dyslipidemia: Systematic review. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 24(1), 143–154.
<https://doi.org/10.1080/14737167.2023.2266135>
PMid:37862440
- Lagerin, A., Carlsson, A. C., Nilsson, G., Westman, J., & Törnkvist, L. (2014). District nurses' preventive home visits to 75-year-olds: An opportunity to identify factors related to unsafe medication management. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(8), 786–794.
<https://doi.org/10.1177/1403494814550680>
PMid:25260640
- Lauffenburger, J. C., Khan, N. F., Brill, G., & Choudhry, N. K. (2019). Quantifying social reinforcement among family members on adherence to medications for chronic conditions: A US-based retrospective cohort study. *Journal of General Internal Medicine*, 34(6), 855–861.
<https://doi.org/10.1007/s11606-018-4654-9>
PMid:30406566; PMCID:PMC6544705
- Liquori, G., Panattoni, N., De Leo, A., Dionisi, S., Giannetta, N., Gasperi, B., Orsi, G. B., Di Muzio, F., Di Muzio, M., & Di Simone, E. (2024). A phenomenological approach to medication adherence in elderly patients: A qualitative study. *Healthcare*, 12(19), Article 1925.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12191925>
PMid:39408105; PMCID:PMC11476112
- Liu, J., Yu, Y., Yan, S., Zeng, Y., Su, S., He, T., Wang, Z., Ding, Q., Zhang, R., Li, W., Wang, X., Zhang, L., & Yue, X. (2023). Risk factors for self-reported medication adherence in community-dwelling older patients with multimorbidity and polypharmacy: A multicenter cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23(1), Article 75.
<https://doi.org/10.1186/s12877-023-03768-7>
PMid:36740694; PMCID:PMC9900971

- Marcum, Z. A., Hanlon, J. T., & Murray, M. D. (2017). Improving medication adherence and health outcomes in older adults: An evidence-based review of randomized controlled trials. *Drugs & Aging*, 34(3), 191–201.
<https://doi.org/10.1007/s40266-016-0433-7>
PMid:28074410; PMCID:PMC5325769
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430–439.
<https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
PMid:21402176
- Marengoni, A., Monaco, A., Costa, E., Cherubini, A., Prados-Torres, A., Muth, C., Melis, R. J. F., Pasina, L., van der Cammen, T. J. M., Palmer, K., Pecorelli, S., & Onder, G. (2016). Strategies to improve medication adherence in older persons: Consensus statement from the Senior Italia Federanziani Advisory Board. *Drugs & Aging*, 33(9), 629–637.
<https://doi.org/10.1007/s40266-016-0387-9>
PMid:27444182
- Maresova, P., Javanmardi, E., Barakovic, S., Barakovic Husic, J., Tomson, S., Krejcar, O., & Kuca, K. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age: A scoping review. *BMC Public Health*, 19(1), Article1431.
<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>
PMid:31675997; PMCID:PMC6823935
- Midao, L., Giardini, A., Menditto, E., Kardas, P., & Costa, E. (2017). Adherence to medication in older adults as a way to improve health outcomes and reduce healthcare system spending. In G. D'Onofrio, A. Greco, & D. Sancarlo (Eds.), *Gerontology*. IntechOpen.
<https://doi.org/10.5772/intechopen.72070>
PMid:30015057
- Minkin, A., Snider-Meyer, J., Olson, D., Gresser, S., Smith, H., & Kier, F. J. (2014). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on medication compliance. *Home Healthcare Nurse*, 32(8), 490–496.
<https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000128>
PMid:25171241
- Ni, Z., Wu, B., Yang, Q., Yan, L. L., Liu, C., & Shaw, R. J. (2022). An mHealth intervention to improve medication adherence and health outcomes among patients with coronary heart disease: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 24(3), Article e27202.
<https://doi.org/10.2196/27202>
PMid:35262490; PMCID:PMC8943565
- 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., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article n71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
PMid:33782057; PMCID:PMC8005924
- Park, E., & Kim, J. (2016). The impact of a nurse-led home visitation program on hypertension self-management among older community-dwelling Koreans. *Public Health Nursing*, 33(1), 42–52.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/phn.12220>
PMid:26250719
- Petrović, M., Osmančević, B., Ličen, S., Karnjuš, I., & Prosen, M. (2021). Oblikovanje modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju zagotavljanja farmacevtske skrbi: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), 92–101.
<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.3034>
- Pherson, E., Roth, J., Nkimbeng, M., Boyd, C., & Szanton, S. L. (2018). Ensuring safe and optimal medication use in older community residents: Collaboration between a nurse and a pharmacist. *Geriatric Nursing*, 39(5), 554–559.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.03.004>
PMid:29653771
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health.
- Previdoli, G., Cheong, V. L., Alldred, D., Tomlinson, J., Tyndale-Biscoe, S., Silcock, J., Fylan, F., Latif, A., Mangin, D., Benson, H., Davies, L., El-Farargy, N., Latif, Z., Okwen, P. M., Rutter, P., Subramanian, D., Tanna, S., Taylor, J., Thomas, S. K., & Fylan, B. (2023). A rapid review of interventions to improve medicine self-management for older people living at home. *Health Expectation*, 26(3), 945–988.
<https://doi.org/10.1111/hex.13729>
PMid:36919190; PMCID:PMC10154809
- Punnapurath, S., Vijayakumar, P., Platty, P. L., Krishna, S., & Thomas, T. (2021). A study of medication compliance in geriatric patients with chronic illness. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(4), 1644–1648.
https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1302_20
PMid:34123906; PMCID:PMC8144798
- Ravi, P., Pfaff, K., Ralph, J., Cruz, E., Bellaire, M., & Fontanin, G. (2022). Nurse-pharmacist collaborations for promoting medication safety among community-dwelling adults: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, Article 100079.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100079>
PMid:38745597; PMCID:PMC11080473
- Reeder, B., Demiris, G., & Marek, K. D. (2013). Older adults' satisfaction with a medication dispensing device in home care. *Informatics for Health and Social Care*, 38(3), 211–222.
<https://doi.org/10.3109/17538157.2012.741084>
PMid:23323721; PMCID:PMC4122419

- Ruppar, T. M., Conn, V. S., & Russell, C. L. (2008). Medication adherence interventions for older adults: Literature review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 22(2), 114–147. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.22.2.114> PMID:18578221
- Ruppar, T. M., Dobbels, F., Lewek, P., Matyjaszczyk, M., Siebens, K., & De Geest, S. M. (2015). Systematic review of clinical practice guidelines for the improvement of medication adherence. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(6), 699–708. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9479-x> PMID:25805550
- Sapkota, S., Brien, J. A., Greenfield, J., & Aslani, P. (2015). A systematic review of interventions addressing adherence to anti-diabetic medications in patients with type 2 diabetes impact on adherence. *PLoS One*, 10(2), Article e0118296. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118296> PMID:2571046;5 PMCID:PMC4339210
- Sheehan, O. C., Kharrazi, H., Carl, K. J., Leff, B., Wolff, J. L., Roth, D. L., Gabbard, J., & Boyd, C. M. (2018). Helping older adults improve their medication experience (home) by addressing medication regimen complexity in home healthcare. *Home Healthcare Now*, 36(1), 10–19. <https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000000632> PMID:29298192; PMCID:PMC5761673
- Statistični urad Republike Slovenije. (SURS). (2025). *Število in sestava prebivalstva*. <https://www.stat.si/statweb/Field/Index/17/104>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Turjamaa, R., Kapanen, S., & Kangasniemi, M. (2020). How smart medication systems are used to support older people's drug regimens: A systematic literature review. *Geriatric Nursing*, 41(6), 677–684. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.02.005> PMID:32192722
- Turjamaa, R., Vaismoradi, M., & Kangasniemi, M. (2023). Older home care clients' experiences of digitalisation: A qualitative study of experiences of the use of robot for medicines management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(2), 561–570. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/scs.13141>
- Van Camp, Y. P., Van Rompaey, B., & Elseviers, M. M. (2013). Nurse-led interventions to enhance adherence to chronic medication: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69(4), 761–770. <https://doi.org/10.1007/s00228-012-1419-y> PMID:23052418
- Verloo, H., Chiolerio, A., Kiszio, B., Kampel, T., & Santschi, V. (2017). Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: A systematic review. *Age in Aging*, 46(5), 747–754. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx076> PMID:28510645
- World health organization (WHO). (2003). *Adherence to long term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.
- Wilhelmsen, N. C., & Eriksson, T. (2019). Medication adherence interventions and outcomes: An overview of systematic reviews. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 26(4), 187–192. <https://doi.org/10.1136/ejpharm-2018-001725> PMID:31338165; PMCID:PMC6613929
- Willig, C., & Stainton Rogers, S. (2017). *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. Sage Publications. <https://doi.org/10.4135/9781526405555>
- Winland-Brown, J. E., & Valiante, J. (2000). Effectiveness of different medication management approaches on elders' medication adherence. *Outcomes Management of Nursing Practice*, 4(4), 172–176.
- Zeitouny, S., Cheng, L., Wong, S. T., Tadrous, M., McGrail, K., & Law, M. R. (2023). Prevalence and predictors of primary nonadherence to medications prescribed in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 195(30), Article E1000. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221018> PMID:37553145; PMCID:PMC10446155

Citirajte kot/Cite as:

Peršolja, M., Skočir, H., & Benko, E. (2025). Intervencije medicinskih sester za izboljšanje adherence pri starejših odraslih v domačem okolju: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(3), 187–198. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.3.3305>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Samomorilne misli pri bolnikih z rakom: pregled literature

Suicidal ideation in cancer patients: A literature review

Sabina Medjedović^{1, *}

Ključne besede: onkologija; samomor; rak; samomorilne misli

Key words: oncology; suicide; cancer; suicidal ideation

¹ Dom starejših občanov Moste-Polje, Ob sotočju 9, 1000 Ljubljana, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
smedjedovic1415@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Pri bolnikih z rakom je tveganje za samomorilne misli in samomorilnost višje kot pri ostalem prebivalstvu, zato je razumevanje čustvene stiske in ugotavljanje samomorilnih misli pri bolnikih z rakom izjemno pomembno. Namen pregleda literature je raziskati dosedanje ugotovitve s področja raziskovanja samomorilnih misli pri bolnikih z rakom.

Metode: Pregledana je bila literatura, ki je bila objavljena v obdobju petih let (od leta 2019 do leta 2024) v podatkovnih bazah PubMed, ScienceDirect in Medline s ključnimi besedami: »onkologija«, »samomor«, »rak«, »samomorilne misli« in v angleškem jeziku »oncology«, »suicide«, »cancer«, »suicide thoughts«. Potek pregleda literature prikazuje diagram PRISMA. V pregled je bilo vključenih devet raziskav. Uporabljena je bila metoda vsebinskega združevanja in primerjava spoznanj, vključenih v raziskavo.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da so med bolniki z rakom v od 11-ih % do 26-ih % prisotne samomorilne misli in da so na voljo presejalna orodja za ta problem. Težava pa je v tem, da se presejalna orodja ne uporabljajo v klinični praksi rutinsko. Najpogosteje sta uporabljena presejalno orodje *Distress Thermometer* in vprašalnik o zdravju PHQ-9. V organizacijah, v katerih zdravstveno osebje uporablja presejalna orodja, hitreje ugotovijo prisotnost samomorilnih misli.

Diskusija in zaključek: Ugotovitve so pokazale prisotnost samomorilnih misli pri bolnikih z rakom in da obstajajo različna presejalna orodja za ugotavljanje samomorilne ideacije. Potrebna je redna uporaba presejalnih orodij in razumevanje čustvene stiske kot šestega vitalnega znaka. Zdravstvene delavce je treba motivirati in organizirati izobraževanja v obliki delavnic o pomembnosti obvladovanja čustvene stiske pri bolnikih z rakom.

ABSTRACT

Introduction: Cancer patients have a higher risk of suicidal ideation and suicidality than the general population, so understanding emotional distress and recognising suicidal ideation in cancer patients is of paramount importance. The aim of this literature review is to examine the current state of research on suicidal ideation in cancer patients.

Methods. The literature review process is illustrated in the PRISMA diagram. Nine studies were included in the review. The research method comprised content pooling and comparison of the results of the studies included in the literature review.

Results: Our results indicate that suicidal ideation is present in 11% to 26% of oncology patients and that screening tools are available for identifying this problem. However, these screening tools are not routinely used in clinical practice. The most commonly used screening instruments are the Distress Thermometer and the PHQ-9 Health Questionnaire. The presence of suicidal ideation is recognised more quickly in facilities where health care professionals use screening instruments.

Discussion and conclusion: The results show that suicidal ideation is present in oncology patients and that various screening tools are available for its detection. Regular use of screening tools is needed, along with recognition of emotional distress as the sixth vital sign. Healthcare professionals require motivation and training through workshops on the importance and strategies for effective management of emotional distress in cancer patients.



Uvod

Samomor je globalni problem, ki vpliva na javno zdravje in povzroča znatno povečanje stopnje umrljivosti po vsem svetu. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization, 2024) vsako leto zaradi samomora umre več kot 720 000 ljudi, samomor je tretji najpogostejši vzrok smrti med 15.–29. letniki. Triinšedemdeset odstotkov vseh samomorov na svetu se zgodi v državah z nizkimi in srednjimi dohodki. Razlogi so večplastni, nanje pa vplivajo družbeni, kulturni, biološki, psihološki in okoljski dejavniki, ki so prisotni v celotnem življenjskem obdobju (World Health Organization, 2024).

Izkušnje, povezane s samomorom, kot so samomorilne misli, poskusi samomora, načrtovanje samomora in impulzivne misli na samomor imajo globok in škodljiv psihološki učinek tako na posameznika kot na tiste v njegovi bližini (Levi-Belz et al., 2019). Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2024) sta v letu 2022 v Sloveniji zaradi samomora umrli 402 osebi, od tega je bilo 321 moških in 81 žensk (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024).

Pojavnost vseh rakavih bolezni se polagoma povečuje in se je v zadnjih dvajsetih letih skoraj podvojila. S staranjem prebivalstva se povečuje tudi ogroženost za rakom (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2025). Z napredkom medicinske znanosti in razvojem načinov zdravljenja vse več bolnikov z rakom umre zaradi stanj, ki niso povezana z rakom (Yang et al., 2021). Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2019 je rak v 112-ih od 183-ih držav opredeljen kot primarni ali sekundarni vzrok umrljivosti pred 70. letom starosti, v nadaljnjih 23-ih državah pa se uvršča na tretje ali četrto mesto (Sung et al., 2021). Osebe, ki izvedo za onkološko diagnozo, preživljajo velik fizični in psihični stres. Čustveni pretresi, ki jih sproži diagnoza raka, škodljivi učinki zdravljenja, družbena stigmatizacija, ki vodi v socialno izolacijo, in finančno breme vplivajo na večje tveganje za samomorilne težnje pri posameznikih, ki se spopadajo z rakom (Du et al., 2020). Spremembe telesne podobe pri bolnikih z rakom, ki so predvsem posledica kirurških posegov in dolgotrajnega zdravljenja s kemoterapijo, lahko na primer povzročijo občutke sramu zaradi njihovega telesnega videza in težave v socialnih stikih s prijatelji in partnerji, kar na koncu vpliva na razvoj samomorilnih misli (Covrig et al., 2021).

Razširjenost samomorilnih misli je zelo različna in se giblje od 0,7 % do 46,3 % (Kolva et al., 2020). Nedavna metaanaliza je pokazala, da je bila splošna razširjenost samomorilnih idej med bolniki z rakom na celinski Kitajski 24,95 % (Ding et al., 2023). Prav tako je bila pri nekaterih podskupinah bolnikov z rakom stopnja še višja, saj je pogostost samomorilnega razmišljanja dosegla 34,7 % (Choi et al., 2014). Samomorilne ideje vsebujejo širok spekter misli, želja in skrbi, povezanih s smrtjo in samomorom. Samomorilne ideje veljajo za enega najpomembnejših opozorilnih

znakov samomorilnega vedenja, zato sta zgodnje odkrivanje in ustrezno zdravljenje samomorilnih idej zelo pomembna. Glede na zbrane dokaze je več raziskav poročalo o vrsti dejavnikov tveganja za samomorilno razmišljanje pri bolnikih z rakom. Splošni demografski dejavniki tveganja, na primer, vključujejo starost (Ernst et al., 2022), spol (Tang et al., 2022), vero (Trevino et al., 2014b), stopnjo izobrazbe (Tang et al., 2022; Zhou et al., 2020) itd. Dejavniki, povezani z boleznijo, so vključevali bolečino (Tang et al., 2016), stadij raka (Hagezom et al., 2021; Yu et al., 2023) in čas od diagnoze (Zhou et al., 2020; Yu et al., 2023). Psihološki dejavniki vključujejo depresijo (Akechi et al., 2020; Chang et al., 2019; Xu et al., 2020), tesnobo (Hagezom et al., 2021; Madeira et al., 2011;) in brezup (Costantini et al., 2014; Zhang et al., 2017).

Samomor je posledica različnih dejavnikov tveganja. Poznavanje in razumevanje dejavnikov tveganja je ključno za preprečevanje samomora tako na ravni posameznika kot tudi na širši, družbeni ravni. Pri ocenjevanju posameznika in njegove ranljivosti za samomor je ključno poglobljeno razumevanje in poznavanje sovplivanja bioloških, psiholoških, socioloških, kulturnih in okoljskih dejavnikov. Številne raziskave kažejo na večjo pogostost samomorov pri bolnikih z rakom v primerjavi z ostalim prebivalstvom (Henson et al., 2019). Pri bolnikih z rakom so pogostejše tudi samomorilne misli. Čeprav imajo lahko samomorilne misli med potekom bolezni različne dejavnike (Senf et al., 2020), so še vedno pomemben napovedni dejavnik samomorilnosti pri bolnikih z rakom (Klonsky et al., 2016). V onkologiji ne obstaja orodje za presajanje stiske, specifično za raka, ki bi vključevalo samomorilnost, vendar so številne raziskave pokazale uporabnost vprašalnika Patient health questionnaire (PHQ-9) in njegove postavke pri presajanju samomorilnosti pri različnih populacijah (Litster et al., 2018).

Namen in cilji

Namen pregleda literature je preiskati obstoječe raziskave v petletnem obdobju (od 2019 do 2024) in opisati prisotnost in ugotavljanje samomorilnih misli pri odraslih bolnikih z rakom. Oblikovali smo dve raziskovalni vprašanji: 1) V kolikšni meri so prisotne samomorilne misli pri odraslih onkoloških bolnikih? in 2) Kakšna je uporaba presejalnih orodij za samomor pri odraslih onkoloških bolnikih?.

Metode

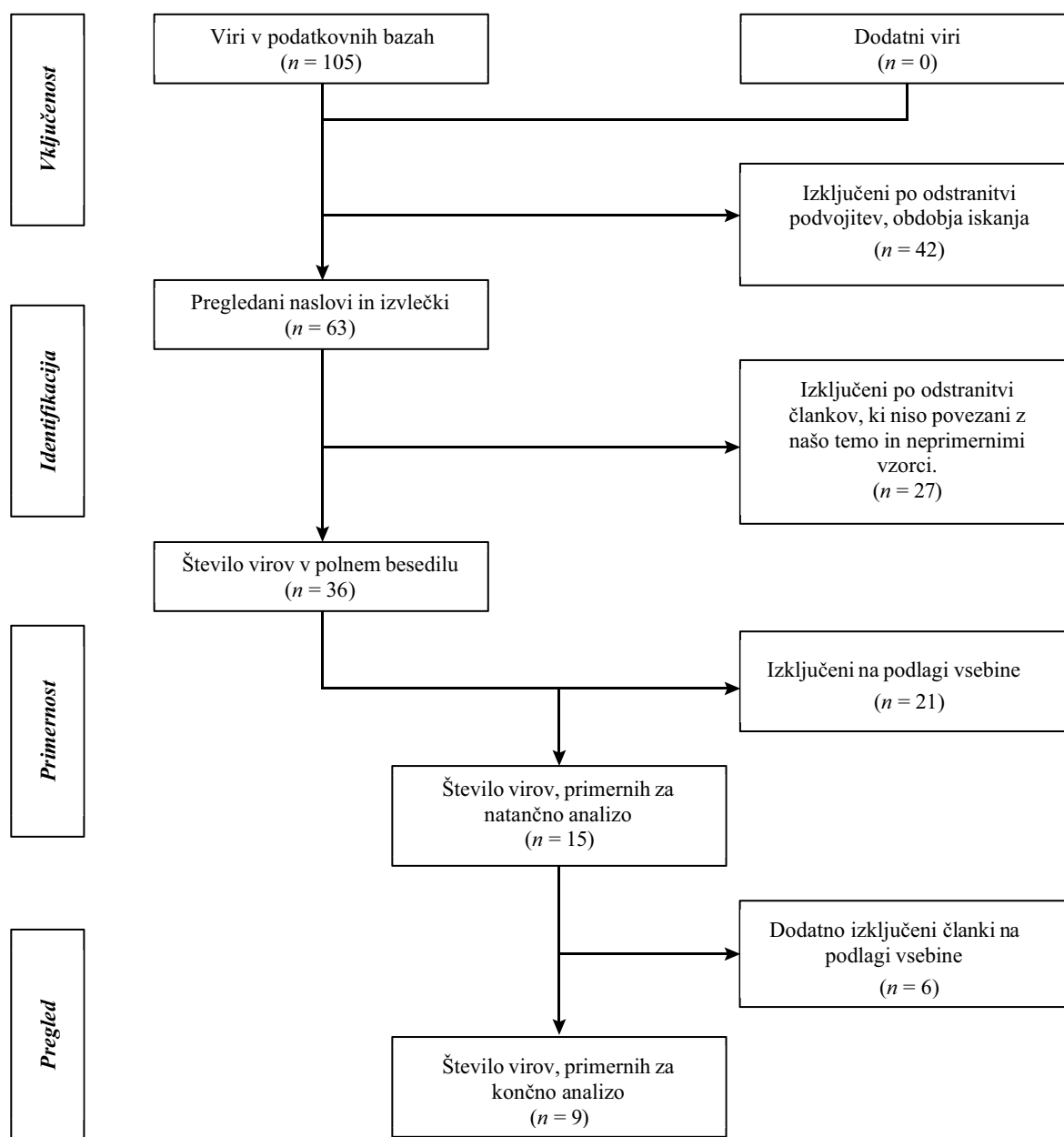
Izvedli smo pregled znanstvene literature, ki obravnava samomorilne misli pri bolnikih z rakom.

Metode pregleda

Pregled literature smo izvedli od februarja do marca 2024 v mednarodnih podatkovnih bazah: PubMed,

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Kriterij	Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Tema	samomor, samomorilne misli	samomorilne misli brez onkološke diagnoze
Prebivalstvo	odrasle osebe z onkološko diagnozo	odrasle osebe brez onkološke diagnoze
Starost	>18	<18
Vrste raziskav	izvirni znanstveni članki in pregledi literatur	dvojniki, raziskave primerov, objavljeni protokoli ali druge raziskovalne zasnove
Starost objav	raziskave, objavljene med letoma 2019–2024	raziskave, objavljene pred letom 2019
Dostopnost	besedila dostopna v celoti	nepopolno dostopna besedila
Jezik	angleški jezik, slovenski jezik	vsi drugi jeziki

**Slika 1:** Diagram poteka pregleda in selekcioniranja literature

Medline in ScienceDirect. Za iskanje literature smo uporabili ključne besede v angleškem in slovenskem jeziku »onkologija«, »samomor«, »rak«, »samomorilne misli« in v angl. jeziku »oncology«, »suicide«, »cancer«, »suicide thoughts« ter obdobje objave od leta 2019 do leta 2024. Pri iskanju smo uporabili Boolove operaterje AND (IN) in OR (ALI) v različnih iskalnih kombinacijah. Vključitvene in izključitvene kriterije prikazuje Tabela 1.

Rezultati pregleda

Z iskanjem v podatkovnih bazah PubMed, Medline in ScienceDirect smo pridobili 105 zadetkov. Iz nabora zadetkov ($n = 105$) smo izločili dvojnike ($n = 42$) in nato po pregledu naslovov in povzetkov izključili tiste, ki niso ustrezali vključitvenim kriterijem in niso bili povezani z našo temo ($n = 27$). Nato smo glede na vključitvene in izključitvene kriterije pregledali še polno dosegljiv tekst glede na primernost. Izključili

smo enaindvajset člankov, ki niso bili vsebinsko ustrezni. Za končno analizo smo uporabili devet člankov (Slika 1). Raziskave, ki so bile vključene v končno analizo ($n = 9$), smo ocenili s pomočjo hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (Polit & Beck, 2018).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Rezultati pregleda raziskav so vključevali sedem presečnih raziskav in dve retrospektivni kohortni raziskavi iz različnih držav. V končno analizo je bilo vključenih devet člankov, ki so razdeljeni in prikazani v skladu z naslednjimi podatki: avtor, leto, država; vrsta raziskave in raziskovalne metode, namen raziskave; vzorec; merski instrument in ključne ugotovitve raziskave. V raziskavah je najpogosteje uporabljena kvantitativna metodologija, kar je razvidno iz tabele 2. Kakovost dobljenih virov, ki smo jih uvrstili v končni

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav

Avtor, letnica objave, država	Vrsta raziskave	Namen raziskave	Vzorec raziskave	Temeljne ugotovitve	Stopnja dokazov
Bobeviski et al., 2022 Nemčija	presečna raziskava	Demoralizacija je bila merjena z lestvico demoralizacije II, depresivni simptomi pa z vprašalnikom PHQ-9.	1529 bolnikov z rakom	Demoralizacija je klinično pomemben problem med bolniki z rakom, saj je razširjena v 13–18 %. Kaže se s simptomi, ki jih razporedimo v štiri skupine: 1. izguba upanja in smisla; 2. nespecifična čustvenost; 3. ujetost; 4. depresivni simptomi.	4
Chiang et al., 2022 Tajvan	retrospektivna kohortna raziskava	Oceniti povezo med rezultatom lestvice distres in tveganjem za samomor pri bolnikih z rakom.	260 bolnikov z rakom	Samomorilne misli so bile ugotovljene v 33-ih primerih, pri katerih so bili bolniki napoteni na psihološko intervencijo. Rezultati lestvice distres pri bolnikih s samomorilnimi mislimi so bili bistveno višji kot pri bolnikih brez samomorilnih misli ($6,30 \pm 2,11$ proti $4,29 \pm 1,72$, $p < 0,05$). Lestvica distres je lahko koristno klinično orodje za oceno čustvene stiske in tveganja za samomor pri bolnikih z rakom.	4
Gascon et al., 2021 Združene države Amerike	retrospektivna kohortna raziskava	Ugotoviti uporabnost presejalnega orodja in prisotnost samomorilnih misli	78 650 bolnikov z rakom	Ugotovitve so pokazale, da je uporaba presejalnega orodja povezana z nižjo umrljivostjo zaradi samomora in večjim dostopom do psihosocialne oskrbe. Nujne so nadaljnje raziskave za opredelitev ustrojev za zagotavljanje psihosocialne ocene in ocene samomorilnosti pri bolnikih z rakom, pri katerih ni bila uporabljena lestvica za ugotavljanje prisotnosti samomorilnih misli.	4
Mulholland et al., 2021 Velika Britanija	presečna raziskava	ugotavljanje prisotnosti samomorilnih misli	4319 bolnikov z rakom	454 (11 %) udeležencev je poročalo o samomorilnih mislih v zadnjih dveh tednih. Raziskava kaže, da bi bilo koristno povečati podporo skupnosti in občutek pripadnosti z uporabo javnozdravstvenega pristopa za ranljive skupine (npr. bolnike z rakom) in vrstniške podpore za osebe, ki se opredeljujejo z drugačno spolno usmerjenostjo.	4

Se nadaljuje

<i>Avtor, letnica objave, država</i>	<i>Vrsta raziskave</i>	<i>Namen raziskave</i>	<i>Vzorec raziskave</i>	<i>Temeljne ugotovitve</i>	<i>Stopnja dokazov</i>
Lai et.al, 2022 Kitajska	presečna raziskava	Ugotoviti pojavnost samomorilnih misli v skupini kitajskih bolnikov z mešanimi vrstami raka in uporaba lestvic.	588 bolnikov z rakom, ki so bili hospitalizirani.	Približno četrtnina bolnikov z rakom v tej raziskavi je poročala o samomorilnih mislih, na katere so vplivali zunanji in notranji dejavniki.	4
Luo et al., 2022 Kitajska	presečna raziskava	uporaba presejalnega orodja, za odkrivanje samomorilnih misli	820 bolnikov z rakom	Samomorilne misli so pogoste pri bolnikih z rakom. Od 820 bolnikov za rakom se je pri 213-i (25,98 %) porajalo samomorilno razmišljanje. Stopnje demoralizacije, depresije in stopnje raka so bili neodvisni napovedni dejavniki samomorilnega razmišljanja. Presejalno orodje je učinkovito za napovedovanje samomorilnih idej pri bolnikih z rakom.	4
Senf et al., 2022 Nemčija	presečna raziskava	uporaba strokovnih ocenjevalnih lestvic PHQ-9 in ugotoviti odstotek samomorilnih misli	226 bolnikov z rakom	O samomorilnih mislih je poročalo 15 % bolnikov z rakom. Presejalno orodje PHQ-9 za oceno samomorilnih misli bi lahko bilo pomembno pri preprečevanju, vendar je potrebnih več raziskav.	4
Thapa et al., 2023 Indija, Nepal	presečna raziskava	Raziskali smo učinkovitost distres lestvice za napovedovanje samomorilnih misli	162 bolnikov z rakom	Distres termometer (DT) je učinkovito orodje za presajanje depresije in anksioznosti pri bolnikih z rakom. DT ima dobro splošno natančnost za napovedovanje samomorilnih projekcij pri bolnikih z rakom. Pri bolnikih z znanimi psihosocialnimi težavami, ki imajo visoko oceno DT, je treba večkratno presajanje, saj lahko s tem preprečimo samomorilno tveganje.	4
Xu et al., 2020 Kitajska	presečna raziskava	Namen raziskave je bil preučiti povezavo med telesnimi simptomi in samomorilnimi mislimi.	544 hospitaliziranih bolnikov z rakom	Raziskava je pokazala večje tveganje za samomor pri bolnikih z rakom v primerjavi z ostalim prebivalstvom. Te ugotovitve kažejo na pomembne povezave med telesnimi simptomi (nespečnost in/ali pomanjkanje apetita) in samomorilnimi mislimi.	4

pregled literature, smo kategorizirali s pomočjo hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (Polit & Beck, 2018). Glede na hierarhijo dokazov po Polit & Beck (2018) smo vseh devet člankov razvrstili na nivo 4 (Tabela 2). V prvem dejanju smo članke najprej večkrat prebrali. Za analizo virov smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo, pri kateri predstavlja odprto kodiranje po Vogrincu (2008) osrednji postopek analize besedil.

Rezultati

V končno analizo smo vključili devet znanstvenih člankov, ki so obravnavali samomorilnost pri bolnikih z rakom. Temeljne značilnosti zajete literature smo sistematično prikazali s Tabelo 2. V analizo je

bilo vključenih devet člankov: po eden iz Tajvana, Združenih držav Amerike, Velike Britanije, Nepala, dva iz Nemčije, tri iz Kitajske. S kvalitativno vsebinsko analizo dobljenih zadetkov smo identificirali 60 kod, ki smo jih združili v dve glavni kategoriji, in sicer »prisotnost samomorilnih misli« in »uporaba presejalnih orodij«, ki jih predstavlja Tabela 3.

Diskusija

Ugotovili smo, da so med onkološkimi bolniki pogosto prisotne samomorilne misli in so na razpolago presejalna orodja, ki se ne uporabljajo rutinsko v klinični praksi. Prav tako ni specifične lestvice, s katero bi lahko ugotovili prisotnost suicidalnih misli v izbrani skupini bolnikov. Najpogostejše uporabljeni

Tabela 3: Vsebinske kategorije pregleda literature

Kategorije	Kode	Avtorji
Prisotnost samomorilnih misli	samomor – samomorilne misli – samomorilno razmišljanje – samomorilno razmišljanje – bolniki z rakom – uporaba presejalnega orodja	Gascon et al., 2021; Lai et al., 2022; Luo et al., 2022; Mulholland et al., 2021; Senf et al., 2022; Xu et al., 2020
Uporaba presejalnih orodij	bolniki z rakom – demoralizacija – samomorilne misli – presejalno orodje – distress lestvica (DT) – vprašalnik PHQ-9	Bobevski et al., 2022; Chiang et al., 2022; Gascon et al., 2021; Luo et al., 2022; Senf et al., 2022; Thapa et al., 2023,

presejalni orodji sta lestvica distress (DT) in vprašalnik o zdravju PHQ-9. Glede na rezultate pregleda literature ugotavljamo, da je dobro poznavanje dejavnikov tveganja za samomorilne misli osnova za načrtovanje ukrepov za njihovo preprečevanje. Lai et al. (2022) in tudi Xu et al. (2020) so opravili raziskavo in ugotovitve so pokazale, da je približno četrtina bolnikov z rakom poročala o samomorilnih mislih. Ravni demoralizacije, depresije, stadij raka, zakonski stan, prebivališče, zdravstveno finančno breme in življenjske razmere so bili dejavniki, ki so vplivali na samomorilne misli.

Ugotovili smo, da tam, kjer zdravstveno osebje uporablja presejalna orodja, hitreje ugotovi prisotnost samomorilnih misli. V raziskavi Senf et al. (2022) je sodelovalo 226 bolnikov, ki so se zdravili na primarnem nivoju zdravstvenega varstva. Ugotovitve so pokazale, da je 15 % bolnikov poročalo o samomorilnih mislih. Simptome, ki so bili dovolj hudi za vsaj srednje veliko depresivno epizodo, je označilo 23,5 % bolnikov. Dejavniki, povezani s samomorilnimi mislimi, so bili slabo počutje, občutek potrnosti, depresivnosti in brezupnosti, psihosomatske stiske, socialne omejitve in omejitve v vsakdanjem življenju. Bivanje v partnerskih/družinskih odnosih je pozitivno učinkovalo. Mulholland et al. (2021) so ocenjevali samomorilne misli z vprašalnikom PHQ – 9. 11 % udeležencev je poročalo o samomorilnih mislih v zadnjih dveh tednih. Ta raziskava kaže, da bi bilo koristno povečati podporo skupnosti in občutek pripadnosti z uporabo javnozdravstvenega pristopa za ranljive skupine (npr. bolnike z rakom) (Mulholland et al., 2021). To je potrdila tudi raziskava Bobevski et al., (2019) s tem, da je bila demoralizacija tista, ki je bila močno povezana z željo po hitrejši smrti in samomorilnimi mislimi.

Raziskava Chiang et al. (2022) je ocenila povezavo med številom točk DT in tveganjem za samomor pri bolnikih z rakom. Bolniki, ki so bili na DT ocenjeni z višjim številom točk, so poročali o samomorilnih mislih. Ocena DT je lahko koristno klinično orodje za oceno čustvene stiske in tveganja za samomor pri bolnikih z rakom. Klinično gledano, se pri bolnikih z rakom pri vrednosti DT, večji od 5, tveganje za samomor močno poveča (Chiang et al., 2022). Isto menijo tudi Thapa et al. (2023), da so samomorilne misli in depresivni simptomi pogosti pri bolnikih z rakom. Ugotovili so, da je termometer distress učinkovito orodje za presajanje depresije in anksioznosti. Raziskali smo

vrednost DT za napovedovanje samomorilnih misli ter razširjenost in z njo povezane dejavnike tveganja. Rezultati DT so lahko hitro napovedno orodje za prepoznavanje samomorilnih misli pri bolnikih z rakom. Višje ocene termometra distress in bolnike s psihosocialnimi težavami je treba rutinsko presejati za ugotavljanje samomorilnih misli, kar lahko pomaga preprečiti samomorilno tveganje (Thapa et al., 2023).

Pri tistih, ki izpolnijo pred samim onkološkim zdravljenjem presejalni vprašalnik za ugotavljanje čustvene stiske, je bila ugotovljena nižja umrljivost zaradi samomora in večjim dostopom do psihosocialne oskrbe, bolniki, ki niso opravili presejalnega vprašalnika, so bili najbolj ogroženi zaradi samomora (Gascon et al., 2021).

Pri prepoznavi, ali imajo bolniki z rakom samomorilne misli, so ključne medicinske sestre, saj so stalno prisotne ob bolniku. Ovire pri obravnavanju stiske so bile pomanjkanje usposabljanja, stigmatizacija, delovna obremenitev ali pomanjkanje časa ter omejena razpoložljivost in dostopnost virov za duševno zdravje. Ovire pri obravnavi samomorilnosti so bile pomanjkanje, nepripravljenost bolnikov na oskrbo in pomanjkanje protokolov. Razvoj smernic za obravnavo in odzivanje na duševne stiske in samomorilnost je bistvenega pomena za izboljšanje kakovosti življenja bolnikov ter zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti, povezane z boleznijo. Ključnega pomena je zmanjšanje stigmatizacije bolnikov na področju duševnega zdravja (Granek et al., 2019).

Kronična bolečina je dejavnik tveganja za samomor, saj se stopnja samomorilnih misli med bolniki s kronično bolečino giblje med 18 % in 50 %. Mednarodne smernice za preprečevanje samomora priznavajo kronično bolečino kot dejavnik tveganja za samomor in navedbe kažejo, da je 8,8 % smrti zaradi samomora povezanih s kronično bolečino, vendar ta podatek morda ne upošteva drugih dejavnikov tveganja in ne odraža v celoti čustvene stiske, ki jo posamezniki doživljajo, preden razmišljajo o samomoru (Themelis et al., 2023).

Misli na samomor med zdravljenjem raka so zelo pogoste, čeprav relativno malo bolnikov poskuša storiti samomor. Na splošno velja, da je stopnja samomora med bolniki z rakom dvakrat višja kot pri splošnem prebivalstvu. Vendar je pri bolnikih z nekaterimi vrstami raka tveganje za samomor veliko večje; bolniki so lahko bolj ogroženi tudi v določenih obdobjih svojega

onkološkega zdravljenja. Čeprav samomorilnega dejanja ni mogoče napovedati, s pomočjo raziskav pa poznamo ključne značilnosti oz. dejavnike tveganja, na katere moramo biti še posebej pozorni. Depresija, psihiatrična anamneza, predhodni poskusi samomora, brezup, demoralizacija, bolečina, pomanjkanje socialne podpore, občutek, da so drugim v breme, in eksistencialne skrbi (obžalovanje, izguba smisla, cilja in dostojanstva) skupaj s posebnimi demografskimi značilnostmi in vrstami raka povečujejo samomorilnost. Zdravstveni delavci, ki delajo z onkološkimi bolniki, imajo ključno vlogo pri prepoznavanju bolnikov z visokim tveganjem (McFerland et al., 2019).

Čustvena stiska velja za šesti vitalni znak, ki je osredinjena na dobro počutje bolnika z rakom, skupaj z znaki dihanja, telesne temperature, krvnega tlaka, srčnega utripa in bolečine. Z naraščajočo ozaveščenostjo in osrednjo pozornostjo, namenjeno duševnemu zdravju, so se številni raziskovalci na področju onkologije osredotočili na psihološko počutje bolnikov z rakom (Granek et al., 2019) z uporabo presejalnih orodij.

Ugotovitve pregleda literature so za našo klinično prakso dobrodošle, saj smo dobili podatek, da imajo lahko bolniki z rakom, ki se zdravijo na vseh nivojih zdravstvenega varstva, prisotne samomorilne misli. Na voljo imamo tudi presejalna orodja, ki bi jih bilo treba uporabljati v klinični praksi. Zato je treba zaposlene motivirati in s pomočjo različnih strokovnjakov organizirati izobraževanja in delavnice za vse zdravstvene delavce, na področju obvladovanja čustvene stiske. Prav tako bi bilo dobrodošlo izobraževanje zdravstvenih delavcev v smislu edukativnih delavnic, na katerih bi si pridobili dodatna znanja, da bi prepoznali bolnike, ki so bolj ogroženi za samomorilne misli. Ustvariti je treba okolje, kjer se bodo bolniki počutili varne in bodo sami spregovorili o svojih čustvenih stiskah.

Samomorilne misli pri bolnikih z rakom so slabo raziskane. Omejitve pri raziskavi predstavlja pomanjkanje literature, ki bi se osredotočala na samomore, povezane z onkološko diagnozo. Priložnosti za nadaljnje raziskovanje je veliko in so nujne, saj je vsako leto več bolnikov, ki zbolijo za rakom in ob boleznijo doživljajo čustveno stisko. V slovenskem prostoru še ni raziskav na tem področju, zato bi bilo smiselno podrobneje raziskati to področje in v raziskavo vključiti vse onkološke bolnike. V prihodnje bi bilo smiselno opraviti raziskavo, s katero bi podrobneje preučili vpliv onkološke diagnoze in z njo povezane samomorilne misli pri bolnikih.

Zaključek

Pri bolnikih z rakom je tveganje za samomorilne misli in samomorilnost večje kot pri ostalem prebivalstvu, zato je ključno, da samomorilne misli pravočasno prepoznamo in jih obravnavamo. Bolniki, ki so dobro informirani in poučeni, imajo manj strahu, njihova

stiska se zaradi zdravljenja zmanjša in bolje sodelujejo v procesu rehabilitacije. V prihodnosti si želimo, da bi čustveno stisko vpeljali kot šesti vitalni znak, da bi tudi pri nas, kot v tujini začeli rutinsko uporabljati presejalna orodja za odkrivanje samomorilnih misli pri bolnikih z rakom na vseh nivojih zdravstvenega varstva.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje ali soglasje Komisije za medicinsko etiko ni bilo potrebno./Due to the chosen research methodology, no approval by the National Medical Ethics Committee was necessary to conduct this study.

Prispevek avtorjev/Author contribution

Avtorica je sama izvedla celoten raziskovalni proces, pripravila celoten rokopis. Avtorica potrjuje, da je edina odgovorna za vse vidike raziskave in pisanja in rokopis v celoti odraža njeno lastno delo./The author independently conducted the entire research process, including literature search and analysis. She also wrote the complete manuscript and performed its final revision. The author confirms sole responsibility for all aspects of the research and writing.

Literatura

- Akechi, T. (2020). Suicide prevention among patients with cancer. *General Hospital Psychiatry*, 64, 119–120. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.09.004> PMID:31767212
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), Article 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425> PMID:29986446; PMCID:PMC6068947
- Bobevski, I., Kissane, D. W., Vehling, S., Mehnert-Theuerkauf, A., Belvederi Murri, M., & Grassi, L. (2022). Demoralisation and its link with depression, psychological adjustment and suicidality among cancer patients: A network psychometrics approach. *Cancer Medicine*, 11(3), 815–825. <https://doi.org/10.1002/cam4.4406>

- Chang, D., Chen, A. W., Lo, Y., Chuang, Y., & Chen, M. (2019). Factors associated with suicidal ideation risk in head and neck cancer: Longitudinal study. *The Laryngoscope*, 129(11), 2491–2495.
<https://doi.org/10.1002/lary.27843>
PMid:30690748
- Choi, Y., Kim, Y., Yun, Y. H., Kim, S., Bae, J., Kim, Y., Ryu, K. W., Lee, J. H., Noh, J., & Sohn, T. (2013). Suicide ideation in stomach cancer survivors and possible risk factors. *Supportive Care in Cancer*, 22(2), 331–337.
<https://doi.org/10.1007/s00520-013-1975-4>
PMid:24057109
- Covrig, V. I., Lazăr, D. E., Costan, V. V., Postolică, R., & Ioan, B. G. (2021). The psychosocial role of body image in the quality of life of head and neck cancer patients. What does the future Hold?: A review of the literature. *Medicina*, 57(10), Article 1078.
<https://doi.org/10.3390/medicina57101078>
PMid:34684115; PMCID:PMC8541191
- Ding, X., Wu, M., Zhang, Y., Liu, Y., Han, Y., Wang, G., Xiao, G., Teng, F., Wang, J., Chen, J., Zhang, W., Cai, M., Zhang, Y., Zhou, S., & Hu, D. (2023). The prevalence of depression and suicidal ideation among cancer patients in mainland China and its provinces, 1994–2021: A systematic review and meta-analysis of 201 cross-sectional studies. *Journal of Affective Disorders*, 323, 482–489.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.011>
PMid:36496103
- Du, L., Shi, H., Yu, H., Liu, X., Jin, X., Yan-Qian, N., Fu, X., Song, Y., Cai, J., & Chen, H. (2020). Incidence of suicide death in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 276, 711–719.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.082>
PMid:32794450
- Ernst, M., Beutel, M. E., & Brähler, E. (2022). Cancer as a risk factor for distress and its interactions with sociodemographic variables in the context of the first wave of the COVID-19 pandemic in Germany. *Scientific Reports*, 12(1), Article 2021.
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-06016-x>
PMid:35132127; PMCID:PMC8821553
- Gascon, B., Leung, Y., Espin-Garcia, O., Rodin, G., Chu, D., & Li, M. (2021). Suicide risk screening and suicide prevention in patients with cancer. *JNCI Cancer Spectrum*, 5(4), Article pkab057.
<https://doi.org/10.1093/jncics/pkab057>
- Granek L, Nakash O, Ariad S, Shapira S, Ben-David M. (2019) Strategies and barriers in addressing mental health and suicidality in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 46(5), 561–571.
<https://doi.org/10.1188/19.ONF.561-571>
PMid:31424452
- Hagezom, H. M., Amare, T., Hibdy, G., & Demeke, W. (2021). Magnitude and associated factors of suicidal ideation among cancer patients at Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Mekelle, Ethiopia, 2019: Cross-sectional study. *Cancer Management and Research*, 13, 4341–4350.
<https://doi.org/10.2147/cmar.s268669>
PMid:34103989; PMCID:PMC8179746
- Henson, K. E., Brock, R., Charnock, J., Wickramasinghe, B., Will, O., & Pitman, A. (2019). Risk of suicide after cancer diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*, 76(1), Article 51.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3181>
PMid:30476945; PMCID:PMC6583458
- Kolva, E., Hoeffcker, L., & Cox-Martin, E. (2019). Suicidal ideation in patients with cancer: A systematic review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. *Palliative & Supportive Care*, 18(2), 206–219.
<https://doi.org/10.1017/s1478951519000610>
PMid:31554521
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., & Apter, A. (2019). Editorial: The psychology of suicide: From research understandings to intervention and treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00214>
PMid:31019475; PMCID:PMC6458543
- Litster, B., Bernstein, C. N., Graff, L. A., Walker, J. R., Fisk, J. D., Patten, S. B., Bolton, J. M., Sareen, J., El-Gabalawy, R., & Marrie, R. A. (2018). Validation of the PHQ-9 for Suicidal ideation in persons with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 24(8), 1641–1648.
<https://doi.org/10.1093/ibd/izy032>
PMid:29522100
- Luo, Y., Lai, Q., Huang, H., Luo, J., Miao, J., Liao, R., Yang, Z., & Zhang, L. (2022). Risk factor analysis and nomogram construction for predicting suicidal ideation in patients with cancer. *BMC Psychiatry*, 22, Article 353.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03987-z>
PMid:35610595; PMCID:PMC9128228
- Ma, Z., Mao, Y., Wang, Y., Duan, Z., Qu, D., Li, C., Chen, R., & Liu, Z. (2022). Suicidal ideation and attempted suicide among cancer patients during the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Virology*, 94(12), 5827–5835.
<https://doi.org/10.1002/jmv.28076>
PMid:35982024; PMCID:PMC9538100
- McFarland, D. C., Walsh, L., Napolitano, S., Morita, J., & Jaiswal, R. (2019). Suicide in patients with cancer: Identifying the risk factors. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 33(6), 221–226.
- Mulholland, H., McIntyre, J. C., Haines-Delmont, A., Whittington, R., Comerford, T., & Corcoran, R. (2021). Investigation to identify individual socioeconomic and health determinants of suicidal ideation using responses to a cross-sectional, community-based public health survey. *BMJ Open*, 11(2), Article e035252.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035252>

- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2025). *Samomor*. <https://niz.si/obmocna-enota-kranj/10-september-2024-svetovni-dan-preprecevanja-samomora-2/>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health.
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA a Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660> PMid:33538338
- Tang, L., He, Y., Pang, Y., Su, Z., Zhou, Y., Wang, Y., Lu, Y., Jiang, Y., Han, X., Song, L., Wang, L., Li, Z., Lv, X., Wang, Y., Yao, J., Liu, X., Zhou, X., He, S., Zhang, Y., . . . Wang, B. (2022). Suicidal ideation in advanced cancer patients without major depressive disorder. *Psycho-Oncology*, 31(11), 1941–1950. <https://doi.org/10.1002/pon.6033> PMid:36109867
- Themelis, K., Gillett, J. L., Karadag, P., Cheatle, M. D., Giordano, N. A., Balasubramanian, S., Singh, S. P., & Tang, N. K. Y. (2023). Mental defeat and suicidality in chronic pain: A prospective analysis. *The Journal of Pain*, 24(11), 2079–2092. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.07.010>
- Trevino, K. M., Abbott, C. H., Fisch, M. J., Friedlander, R. J., Duberstein, P. R., & Prigerson, H. G. (2014). Patient-oncologist alliance as protection against suicidal ideation in young adults with advanced cancer. *Cancer*, 120(15), 2272–2281. <https://doi.org/10.1002/cncr.28740> PMid:24888503; PMCID:PMC4356118
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health estimates*. World Health Organization: Geneva.
- World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide: Global Health estimates*. World Health Organization.
- Xu, K., Hu, D., Liu, Y., Han, Y., Guo, X., Teng, F., & Zhou, Y. (2019). Relationship of suicidal ideation with demoralization, depression, and anxiety. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207(5), 326–332. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000974> PMid:30958419
- Xu, Q., Jia, S., Fukasawa, M., Lin, L., Na, J., Mu, Z., Li, B., Li, N., Zhao, T., Ju, Z., He, M., Yu, L., Kawakami, N., Li, Y., & Jiang, C. (2020). A cross-sectional study on associations of physical symptoms, health self-efficacy, and suicidal ideation among Chinese hospitalized cancer patients. *BMC Psychiatry*, 20, Article 544. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02945-x> PMid:33213416; PMCID:PMC7678141
- Yang, P., Zhang, L., & Hou, X. (2021). Incidence of suicide among adolescent and young adult cancer patients: A population-based study. *Cancer Cell International*, 21, Article 540. <https://doi.org/10.1186/s12935-021-02225-y> PMid:34663328; PMCID:PMC8522157
- Yu, T., Hu, D., Jiang, Y., Wang, C., & Liu, S. (2023). Influencing factors of suicidal ideation in lung cancer patients in Midland China: A mixed-method study. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1072371> PMid:37181910; PMCID:PMC10174430
- Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta
- Zhang, Y., Li, W., Zhang, Z., Sun, H., Garg, S., Yang, Y., & Wang, H. (2020). Suicidal ideation in newly-diagnosed chinese cancer patients. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00708> PMid:32793000; PMCID:PMC7390886
- Zhou, Y., Hu, D., Zhang, K., Mao, J., Teng, F., Yu, T., Xu, K., Tan, R., Ding, X., & Liu, Y. (2020). The mechanism of family adaptability and cohesion in suicidal ideation among Chinese cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 38(5), 612–626. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1757799> PMid:32508254

Citirajte kot/Cite as:

Medjedović, S. (2025). Samomorilne misli pri bolnikih z rakom: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(3), 199–207. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.3.3299>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna navodila

Članek naj bo napisan v slovenskem ali angleškem jeziku, razumljivo in jedrnat. 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 izvečkom (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. Navedi 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, izveček, 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, razpredelniciami 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 (Koooperativni online bibliografski sistem in servisi) (dostopna: 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 predstavitve oblikovane 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 pojasnujemo z vidika spoznanj naše raziskave in z vidika spoznanj, ki so preverljiva, splošno znana in primerljiva z vidika drugih raziskav. Pazimo na posploševanje rezultatov in se pri tem zavedamo omejitev raziskave z vidika instrumenta, vzorca in poteka raziskave. Upoštevamo načelo preverljivosti in primerljivosti. Oblikujemo rdečo nit razprave kot smiselne celote, komentiramo pričakovana in nepričakovana spoznanja raziskave. Na koncu razprave navedemo priporočila, ki so plod naše raziskave, in področja, ki jih nismo raziskali, pa bi jih bilo treba, ali pa smo jih, vendar naši rezultati ne dajejo ustreznih pojasnil. Navedemo omejitve raziskave.

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

V kategorijo preglednih znanstvenih raziskav sodijo: sistematični pregled literature, pregled literature, analiza koncepta, razpravni članek (v nadaljevanju pregledni znanstveni članek). Revija

objavlja pregledne znanstvene raziskave, za katere je bilo zbiranje podatkov končano največ tri leta pred objavo članka v reviji.

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

sinetizirati 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 izvirnem znanstvenem članku.

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

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

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

V **diskusiji** v prvem delu odgovorimo na raziskovalno vprašanje, nato komentiramo ugotovitve

pregleda literature, kakovost vključenih raziskav, svoje ugotovitve primerjamo z rezultati drugih primerljivih raziskav, razvijemo nova spoznanja, ki jih je doprinesel pregled literature, njihovo teoretično, znanstveno in praktično uporabnost, navedemo omejitve raziskave, uporabnost v praksi in priložnosti za nadaljnje raziskovanje.

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

Navajanje literature

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo 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. dobesečnem 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. Wamback & 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.

Organizacija. (leto). Naslov (Naslov zbirke/serijska številka).
Založnik. 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>

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_5b201ebde4b09d7a3d77eeel

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 članka je treba navesti v dokumentu »Naslovna stran«.

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

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

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

Članki niso honorirani. Besedil in slikovnega gradiva ne vračamo, kontaktni avtor prejme objavljeni članek v formatu PDF (Portable Document Format).

Predložitev članka s strani urednikov ali članov uredniškega odbora

Spodbudno je, da uredniki in člani uredniškega odbora Obzornika zdravstvene nege objavljajo v reviji. V izogib vsakršnemu konfliktu interesov, člani uredniškega odbora ne vodijo uredniškega postopka za svoj članek. Če eden izmed urednikov predloži članek v uredništvo, potem drugi urednik sprejema odločitve vezane na članek. Uredniki ali člani uredniškega odbora ne opravljajo recenzije ali vodijo uredniškega postopka sodelavcev iz 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 določi uredništvo. Uredništvo predlaga avtorju, da popravke/spremembe v članku označi z rumeno barvo. V kolikor avtor članka ne vrne v roku, se članek zavrne. V kolikor avtor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora to pisno pojasniti. Po zaključenem recenzijemskem 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 plagiatorstvo in krajo intelektualne lastnine.

S sprejetjem recenzije se recenzent zaveže, da jo bo oddal v predpisanem roku. Če to ni mogoče, mora takoj obvestiti uredništvo. Recenzent se obveže, da vsebine članka ne bo nedovoljeno razmnoževal ali drugače zlorabil. Recenzije so anonimne: recenzent je avtorju neznan in obratno. Recenzent bo v pregled prek sistema OJS prejel le vsebino članka brez imena avtorja. V sistemu OJS recenzent poda svoje strokovno mnenje v recenzijem obrazcu. Če ima recenzent večje pripombe, jih kot utemeljitev za sprejem ali morebitno zavrnitev članka na kratko opiše oz. avtorju predlaga nadaljnje delo, pri čemer upošteva njegovo integriteto. Zaradi večje preglednosti in lažjih dopolnitev s strani avtorja lahko recenzent svoje pripombe in morebitne predloge vnese v besedilo članka, pri tem uporabi možnost, ki jo ponuja Microsoft Word – 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* 59(3), 208–215.

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). 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.

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. Wamback & 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

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

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-Schlehauf, 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

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*, 59(3), pp. 216–224.

SLOVENIAN NURSING REVIEW

ISSN 1318-2951 (print edition), e-ISSN 2350-4595 (online edition)

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

Founded and published by:

The Nurses and Midwives Association of Slovenia

Editor in Chief and Managing Editor:

Mateja Lorber, Associate Professor

Editor, Executive Editor:

Mirko Prosen, Associate Professor

Editor, Web Editor:

Martina Kocbek Gajšt, MA, BA

Editorial Board:

- **Mateja Bahun**, Senior Lecturer, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia
- **Leona Cilar Budler**, Assistant Professor, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mojca Dobnik**, Assistant Professor, University Clinical Center Maribor and University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Marija Milavec Kapun**, Senior Lecturer, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Tina Kamenšek**, Assistant, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Sergej Kmetec**, Assistant Professor, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Martina Kocbek Gajšt**, Charles University, The Institute of the History of Charles University and Archive of Charles University, Czech Republic
- **Andreja Kvas**, Assistant Professor, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Andreja Ljubič**, Senior Lecturer, Faculty of Health Sciences in Celje and Republic of Slovenia, Ministry of Health, Slovenia
- **Sabina Ličen**, Associate Professor, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mateja Lorber**, Associate Professor, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Miha Lučovnik**, Associate Professor, University of Ljubljana, Faculty of Medicine and University Medical Centre Ljubljana, Division of Gynaecology and Obstetrics, Slovenia
- **Melita Peršolja**, Associate Professor, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Petra Petročnik**, Senior Lecturer, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mirko Prosen**, Associate Professor, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Tamara Štemberger Kolnik**, Assistant Professor, Faculty of Health Sciences in Celje and Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Slovenia
- **Dominika Vrbnjak**, Associate Professor, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia

International Editorial Board:

- **Adam Davey**, Professor, University of Delaware, Newark, United States of America
- **Kathleen Markey**, Lecturer, University of Limerick, Faculty of Education and Health Sciences, Ireland
- **Brendan McCormack**, Professor, University of Sydney, Faculty of Medicine and Health, Susan Wakil School of Nursing and Midwifery - Sydney Nursing School, Australia
- **Tanya McCance**, Mona Grey Professor, Ulster University, School of Nursing and Paramedic Science, United Kingdom
- **Alvisa Palese**, Professor, Università degli Studi di Udine, Dipartimento di Area Medica, Italy
- **Betül Tosun**, Associate Professor, Hasan Kalyoncu University, Faculty of Health Sciences, Turkey
- **Valérie Tóthová**, Professor, University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Sciences, Czech Republic
- **Roger Watson**, Professor Southwest Medical University, School of Nursing, China

Readers for Slovenian

Simona Gregorčič, BA

Tonja Jelen, BA

Reader for English

Martina Paradiž, PhD, BA

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

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

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

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

Print run: 350 copies

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

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

Printed on woodless paper.

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

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

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

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

Kazalo/Contents

UVODNIK/EDITORIAL

- From historical efforts to current void: An opportunity for nursing and midwifery legislation
Od zgodovinskih prizadevanj do današnje praznine: priložnost za zakon o zdravstveni negi in babištvu
Anita Prelec 156

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Ocena kakovosti spanja pacientov v času hospitalizacije: eksplorativna raziskava
Assessment of sleep quality in patients during hospitalisation: An exploratory study
Jožefa Tomažič, Amadeus Lešnik, Mojca Dobnik 162

- Tetovaže med zaposlenimi v zdravstveni negi: kvantitativna raziskava
Tattoos among nursing staff: A quantitative study
Jasmina Hadžić, Mateja Bahun 172

- Kulturna raznolikost v zdravstvenih timih: kvalitativna opisna raziskava
Cultural diversity in health teams: A qualitative descriptive study
Matic Petrovič, Tamara Milič, Valentina Masten, Sabina Ličen, Mirko Prosen 178

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Intervencije medicinskih sester za izboljšanje adherence pri starejših odraslih
v domačem okolju: integrativni pregled literature
Nurse interventions to improve medication adherence in older adults living at home:
An integrative literature review
Melita Peršolja, Helena Skočir, Ester Benko 187

- Samomorilne misli pri bolnikih z rakom: pregled literature
Suicidal ideation in cancer patients: A literature review
Sabina Medjedović 199

