

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



59(4)

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, Slovenija
- asist. dr. **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
- prof. dr. **Miha Lučovnik**, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta in Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Slovenija
- doc. 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, Irska
- **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 4
Ljubljana 2025 Volume 59 Number 4

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

NAMEN IN CILJI

Obzornik zdravstvene nege (Obzor Zdrav Neg) objavlja izvirne in pregledne znanstvene članke na področjih zdravstvene in babiške nege ter interdisciplinarnih tem v zdravstvenih vedah. Cilj revije je, da članki v svojih znanstvenih, teoretičnih in filozofskih izhodiščih kot eksperimentalne, neeksperimentalne in kvalitativne raziskave ter pregledi literature prispevajo k razvoju znanstvene discipline, ustvarjanju novega znanja ter redefiniciji obstoječega znanja. Revija sprejema članke, ki so znotraj omenjenih strokovnih področij usmerjeni v ključne dimenzije razvoja, kot so teoretični koncepti in modeli, etika, filozofija, klinično delo, krepitev zdravja, razvoj prakse in 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 slovenščini in angleščini in izhaja štirikrat letno.

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

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

SLOVENIAN NURSING REVIEW

AIMS AND SCOPE

Published in the Slovenian Nursing Review (Slov Nurs Rev) are the original and review scientific and professional articles in the field of nursing, midwifery and other interdisciplinary health sciences. The articles published aim to explore the developmental paradigms of the relevant fields in accordance with their scientific, theoretical and philosophical bases, which are reflected in the experimental and non-experimental research, qualitative studies and reviews. These publications contribute to the development of the scientific discipline, create new knowledge and redefine the current knowledge bases. The review publishes the articles which focus on key developmental dimensions of the above disciplines, such as theoretical concepts, models, ethics and philosophy, clinical practice, health promotion, the development of practice and more demanding modes of health care delivery, education, research, evidence-based practice, interdisciplinary cooperation, management, quality and safety, health policy and others.

The Slovenian Nursing Review significantly contributes towards the professional development of nursing, midwifery and other health sciences in Slovenia and worldwide, especially in the Balkans and the countries of the Central and Eastern Europe, which share common characteristics of nursing and midwifery development of post-socialist countries.

The Slovenian Nursing Review follows the international standards in the field of publishing and is managed by the international editorial board and a critical selection of reviewers. All published articles are available also in the electronic form. Before publication, the articles in this quarterly periodical are triple-blind peer reviewed. Some original scientific articles are published in the English language.

The history of the magazine clearly demonstrates its impact on the development of nursing and midwifery in the Balkan area. In 1967 the first issue of the professional periodical of the nurses and nursing technicians Health Review (Slovenian title: Zdravstveni obzornik, ISSN 0350-9516) was published. From 1994 it bears the title The Slovenian Nursing Review. As a precursor to Zdravstveni obzornik, professional-informational periodical entitled a Community Nurse (Slovenian title: Medicinska sestra na terenu, ISSN 2232-5654) was published by the Central Institute of Hygiene in Ljubljana, in the years 1954 to 1961.

The Slovenian Nursing Review is indexed in CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), ProQuest (ProQuest Online Information Service), Crossref (Digital Object Identifier (DOI) Registration Agency), COBIB.SI (Slovenian union bibliographic/catalogue database), Biomedicina Slovenica, dLib.si (The Digital Library of Slovenia), ERIH PLUS (European Reference Index for the Humanities and the Social Sciences), DOAJ (Directory of Open Access Journals), J-GATE, Index Copernicus International, Sherpa Romeo, SCILIT.

KAZALO/CONTENTS**UVODNIK/EDITORIAL**

- The political imperative of nurse education
 Politični imperativ izobraževanja v zdravstveni negi 228
Maria Cassar

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Vključevanje staršev v zdravstveno oskrbo hospitaliziranega otroka z rakom:
 model v družino usmerjena zdravstvena oskrba
 Involving parents in the health care of a hospitalized child with cancer:
 A model of family-centered care 232
Mojca Horvat, Jadranka Stričević, Marko Kavčič, Petra Klanjšek

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Pojasnjevalni dejavniki politične aktivnosti medicinskih sester: sistematični pregled literature
 Explanatory factors for the political activity of nursing staff: A systematic review 241
Rebeka Lekše, Melita Peršolja

- Religioznost v povezavi z duševnim zdravjem starejših oseb: pregled literature
 Religiosity in association with older adults' mental health: A literature review 254
Lilija Simonič, Tatjana Ribič, Mateja Lorber

- Učinkovitost klinične supervizije na zadovoljstvo na delovnem mestu pri zaposlenih
 v zdravstveni negi: pregled literature
 The effectiveness of clinical supervision on maintaining job satisfaction in nursing personnel:
 A literature review 264
Tamara Trajbarič, Lucija Gosak, Klavdija Čuček Trifkovič

- Razmah komercialnih genetskih in genomskih testiranj ter izzivi za medicinske sestre:
 pregled literature
 Challenges for nurses amid the rise of direct-to-consumer genetic and genomic testing:
 A scoping review 276
Tjaša Vrhovnik Mlekuž, Marija Milavec Kapun

KAZALO LETNIKA/ANNUAL INDEX

- Kazalo letnika 2025
 Annual index 2025 287

The political imperative of nurse education

Politični imperativ izobraževanja v zdravstveni negi

Maria Cassar^{1,*}

Health and social care systems are inherently political (Jardin, 2001). From the allocation of limited resources to the directions related to patients' access to care and professional scope of practice of the workforce, the health environment is shaped not by clinical facts alone, but by political decisions. Yet, for too long, nursing education has perpetuated the practice of equipping graduates with clinical skills while leaving them politically limited, often mute. This omission is no longer tenable. For nursing to meet the demands of 21st-century healthcare, nurse education must critically integrate the politics of nursing into educational programmes. Determining the optimal level of delivery and identifying the appropriate experts to lead this integration are two challenges which require attention.

A main dimension of politics is to engage in the authoritative distribution of power and resources. In nursing, this political dimension manifests daily (Easton, 2017). A nurse advocating for safe staffing levels is engaging in labour politics. A community health nurse arguing for increased funding for diabetes care for citizens in their own homes is engaging in social and budgetary politics. A nurse research advocating for ethical considerations of patients' interests in clinical trials is engaging in regulatory politics. Arguably, the existence of the politically neutral nurse is a myth because arguably conscious inaction itself is a political stance adopted by the nurses who may favours the status quo (Dickman & Chicas, 2021).

Historically, nursing curricula have prioritized the bio-physical and psychological needs of the patient. These were and remain essential areas of nursing. Social dimensions of health have gained significant attention in nursing curricula over the last few decades allowing for wider holistic approaches to care planning and delivery as did digital literacy. Exclusive focus on these areas creates a professional identity

focused on highly competent clinicians, but risks creating a generation of nurses who are experts in *what* to do, but passive recipients of *how* and *why* they must do it. Cultivating political competence through nurse education, that is the capacity to understand, analyse, and influence the systemic, regulatory, and financial forces that determine health outcomes across populations and assure the well-being of nurses is also required (Thomas et al., 2020). The hallmark constraining conditions and environments in which health and social systems prevail demand political competence. Failure to instil this competence forfeits nursing's participation in crucial policy debates, from addressing the social determinants of health to ensuring equitable and safe workforce management (Wilson et al., 2022). To-date research on the inclusion and effectiveness of education content which seeks to enable nurses' active participation in the politics of their practice is very limited (Cornish et al., 2025).

When should political education occur? The exploration of an answer to this question pits the already-saturated pre-registration curriculum against post-registration nurse education opportunities (Montegriconi, 2023). The pre-registration inclusion of political literacy entails threading core concepts of power dynamics, legislative process, and resource economics through existing courses, demonstrating that policy is inseparable from practice. Embedding basic health policy, advocacy skills, and the history of nursing's political struggles early on enable the framing of the profession not merely as a set of tasks, but as a wider societal role. Delaying this instruction risks graduating nurses who have internalized sub-optimal possibly even dysfunctional systems, making future policy shifts harder to accept or implement. Content saturation of pre-registration education presents evident challenges which cannot be overlooked nor underestimated (Alley, 2018).

¹ University of Malta, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Mater Dei Hospital, Msida, MSD 2080, Malta

* Corresponding author/Korespondenčni avtor: maria.cassar@um.edu.mt

Received/Prejeto: 30. 10. 2025

Accepted/Sprejeto: 9. 11. 2025



Conversely, the argument for post-registration education holds significant merit. The clinical novice often lacks the practical experience necessary to fully contextualize political concepts. The experience of qualified nurse, having contended with budget cuts, staffing crises, or complex ethical dilemmas dictated by regulation and constraints lends itself well to engaging effectively and efficiently with politics education. At post-registration level, the politics education can move beyond favourably from foundational concepts to real-world application, such as drafting policy briefs or engaging with legislative bodies. Practice-focused educational opportunities related to policy analysis, lobbying, governance and advocacy logically fit the post-registration end of the nurse education continuum.

Against the backdrop of this debate, the optimal solution may not lie with either/or scenario but an integrated continuum of political education wherein pre-registration curricula provides a mandatory foundation, which may be later expanded and specialized in post-registration education. An introduction to the health policy landscape, basic advocacy, and the profession's civic duty in pre-registration may be supplemented by educational opportunities which lead to qualifications in health policy and administration. This approach may assure that all nurses possess the minimum political literacy required for practice, while providing pathways for those who wish to become dedicated nurse-policy leaders. Evaluation research which measures the effectiveness of education pertaining to politics on nurses' performance should complement the suggested initiatives (Cornish et al., 2025).

The integration of politics into nurse education requires determining who should deliver this education. Asking clinicians whose expertise lies predominantly at the service delivery point to teach policy may result in a gap in theoretical underpinnings while relying on academics may result in an overly theoretical approach to politics education.

In view of the above, an effective teaching of nursing politics requires a interdisciplinary approach. Alongside experienced the contribution of nurse leaders who may provide inspirational narratives and authentic guidance and advice, nurse education in political competence should possess the extensive participation of professionals with experience in eclectic array of fields such as:

1. Health economics and finance: Enabling an understanding money flows in healthcare and social systems.
2. Public health policy and law: Recognising regulatory frameworks and legislative processes.
3. Organizational and systems leadership: Building the capacity to navigate and change.

Nurse educators must foster collaborations with other educational arenas including public health,

political science, and law to co-create and co-deliver these education initiatives in politics. The content of political education requires careful planning and discretion acknowledging respective contextual realities (Adami & Kiger, 2005). Furthermore, professional nursing organizations must commit to funding and developing educational fellowships that produce politically skilled educators and that allow for governance to be established and safeguarded accordingly.

The limited inclusion of politics education in nursing education is a systemic flaw that weakens the profession. Critically, this gap undermines patient advocacy and jeopardises nurses well-being and safety. The time for viewing education as an optional or elective content is over. This requires adopting an integrated educational approach: instituting a mandatory, foundational layer of political education at the pre-registration level, complemented by specialized, applied policy training in post-registration programmes, thereby enabling the profession to be both clinically proficient and politically engaged for the optimal benefit of patients and the workforce alike. Rigorous research is needed to measure education effectiveness and to inform how to prepare a politically competent nurse workforce.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Sistemi zdravstvenega in socialnega varstva so inherentno politične narave (Jardin, 2001). Zdravstvenega okolja namreč ne oblikujejo le klinični podatki, temveč tudi politične odločitve, ki vključujejo razporejanje sredstev, oblikovanje smernic v zvezi z dostopom pacientov do oskrbe ter obseg profesionalne prakse zaposlenih. Izobraževanje v zdravstveni negi je predolgo poudarjalo pridobivanje kliničnih znanj diplomantov na račun razvoja njihovih političnih kompetenc. To je privedlo do politične nemoči stroke, kar ni več vzdržno. Če želi zdravstvena nega izpolniti zahteve zdravstvenega varstva 21. stoletja, mora na področju izobraževanja medicinskih sester kritično razmisliti o vključitvi politike zdravstvene nege v izobraževalne programe. Pri tem posebno pozornost zahtevata dva izziva: določitev optimalne ravni vključevanja političnih vsebin v izobraževalni proces ter iskanje ustreznih strokovnjakov za koordinacijo te integracije.

Avtoritativno razporejanje moči in sredstev predstavlja osnovno politično dimenzijo, ki se v zdravstveni negi manifestira vsakodnevno (Easton, 2017). Medicinska sestra, ki se zavzema za varno kadrovske zasledbo, se neizbežno ukvarja tudi s politiko trga dela. Patronažna medicinska sestra, ki se zavzema za povečanje sredstev za oskrbo diabetikov na domu, se ukvarja s socialno in proračunsko politiko. Medicinska sestra, ki se zavzema za etično odgovornost do pacientov, vključenih v klinične

raziskave, se ukvarja z regulativno politiko. Obstoj politično nevtralne medicinske sestre je najbrž mit, saj je že zavestna nedejavnost lahko sama po sebi izraz političnega stališča tistih medicinskih sester, ki morda podpirajo določen status quo (Dickman & Chicas, 2021).

Učni načrti zdravstvene nege so v preteklosti dajali prednost biofizikalnim in psihološkim potrebam pacienta. Medtem ko le-te ostajajo primarni fokus zdravstvene nege, se je v zadnjih nekaj desetletjih pozornost usmerila tudi na socialne razsežnosti zdravja, ki podobno kot digitalna pismenost omogočajo oblikovanje obsežnejših celostnih pristopov k načrtovanju in izvajanju nege. Medtem ko izključna osredotočenost na ta področja ustvarja specifično poklicno identiteto, usmerjeno v razvoj visoko kompetentnih medicinskih sester, obstaja tveganje, da se bo oblikovala generacija zdravstvenih strokovnjakov, ki bodo kljub siceršnji strokovni predanosti v izvajanju nalog zgolj pasivni prejemniki načinov in razlogov za njihovo izvajanje. V izobraževanje medicinskih sester je zato potrebno vključiti tudi politično kompetenco, to je sposobnost razumevanja, analize in vplivanja na systemske, regulativne in finančne sile, ki določajo zdravstvene izide populacij in zagotavljajo dobrobit medicinskih sester (Thomas et al., 2020). Omejevalni dejavniki okolij, v katerih prevladujejo zdravstveni in socialni sistemi, zahtevajo določeno politično kompetenco. Če bodoče medicinske sestre te kompetence ne bodo uspešno razvile, bodo izključene iz temeljnih političnih razprav o socialnih determinantah zdravja ter zagotavljanju pravičnega in varnega upravljanja delovne sile (Wilson et al., 2022). Dosedanje raziskave o vključevanju in učinkovitosti izobraževalnih vsebin, ki medicinskim sestram omogočajo aktivno sodelovanje v politiki njihove strokovne prakse, so precej omejene (Cornish et al., 2025).

Kdaj naj poteka izobraževanje o političnih vsebinah? Pri iskanju odgovora na to vprašanje se sopostavljata možnosti integracije teh vsebin v že tako nasičen dodiplomski učni načrt na eni strani ter podplomsko izobraževanje medicinskih sester na drugi (Montegrigo, 2023). Razvijanje politične pismenosti študentov v predregistracijski fazi pomeni vključitev ključnih konceptov dinamike moči, zakonodajnega procesa in ekonomije resursov v obstoječe predmete študijskih programov, s čimer študent pridobi razumevanje neločljive povezanosti med politiko in strokovno prakso. Takšna vključitev osnov zdravstvene politike, veščin zagovorništva in zgodovine političnih prizadevanj zdravstvene nege v zgodnjo fazo izobraževalnega procesa omogoča oblikovanje profesionalnega profila ne le kot niza posameznih delovnih nalog ampak kot širše družbene vloge. Če te izobraževalne vsebine prenesemo na kasnejše faze izobraževalnega procesa, tvegamo, da bodo diplomirane medicinske sestre ponotranjile

suboptimalne, morda celo disfunkcionalne sisteme, kar bo otežilo sprejemanje ali izvajanje prihodnjih političnih sprememb. Pri tem pa očiten izziv predstavlja preobremenjenost dodiplomskih izobraževalnih vsebin, ki ga ne prav tako ne smemo spregledati ali podcenjevati (Alley, 2018).

Nasprotno pa ima tudi argument za tovrstno izobraževanje po vpisu v register medicinskih sester ravno tako pomembne prednosti. Začetniki v zdravstveni praksi pogosto nimajo praktičnih izkušenj, potrebnih za popolno kontekstualizacijo političnih konceptov. Za učinkovito in uspešno sodelovanje v političnem izobraževanju so primernejše kvalificirane medicinske sestre, ki so se že spopadale z zmanjšanjem proračuna, kadrovskimi krizami ali zapletenimi etičnimi dilemami, ki jih narekujejo predpisi in omejitve. V sklopu podiplomskega izobraževanja se lahko politično izobraževanje ustrezno razširi od usvajanja temeljnih konceptov do njihove praktične uporabe, npr. priprave političnih poročil ali sodelovanja z zakonodajnimi organi. Izobraževalne priložnosti, ki so usmerjene v strokovno prakso, povezane z analizo politik, lobiranjem, upravljanjem in zagovarjanjem interesov, logično bolj ustrezajo zaključku izobraževanja na področju zdravstvene nege po vpisu v register medicinskih sester.

Ob upoštevanju navedenega optimalne rešitve morda ne predstavljata ne ena ne druga možnost, ampak integriran kontinuum političnega izobraževanja, v katerem dodiplomski kurikulum zagotavlja obvezno osnovo, ki se lahko kasneje razširi in specializira skozi podiplomsko izobraževanje. Uvod v zdravstveno politiko, osnove zagovorništva in opis državljanske dolžnosti profesije v dodiplomski fazi izobraževanja se lahko dopolni z izobraževalnimi priložnostmi, ki vodijo do kvalifikacij na področju zdravstvene politike in upravljanja. S tem pristopom se lahko vsem medicinskim sestram zagotovi minimalno politično pismenost, potrebno za izvajanje zdravstvene prakse, hkrati pa se odpre pot tistim, ki želijo postati predani voditelji na področju zdravstvene politike. Predlagane pobude bi veljalo dopolniti skozi evalvacijsko raziskavo, ki bi merila učinke političnega izobraževanja na uspešnost medicinskih sester (Cornish et al., 2025).

Za vključevanje političnih vsebin v izobraževanje medicinskih sester je potrebno določiti izvajalca tovrstnega izobraževanja. V kolikor se za poučevanje političnih vsebin zaprosi strokovnjake zdravstvene nege, ki posedujejo strokovno znanje predvsem na področju izvajanja storitev, lahko pride do vrzeli v teoretičnih temeljih, medtem ko se zanašanje na visokošolske učitelje lahko izkaže za preveč teoretičen pristop k političnemu izobraževanju.

Glede na navedeno je za učinkovito poučevanje političnih vsebin v zdravstveni negi potreben interdisciplinarni pristop. Poleg prispevka izkušenih vodij medicinskih sester, ki lahko posredujejo navdihujoče zgodbe ter avtentična navodila in nasvete,

mora izobraževanje medicinskih sester na področju političnih kompetenc vključevati tudi obsežno sodelovanje strokovnjakov z izkušnjami na različnih področjih, kot so:

- zdravstvena ekonomija in finance: omogočanje razumevanja denarnih tokov v zdravstvenih in socialnih sistemih;
- politika in zakonodaja na področju javnega zdravja: poznavanje regulativnih okvirov in zakonodajnih postopkov;
- organizacijsko in sistemsko vodstvo: razvijanje sposobnosti za oblikovanje smernic in sprememb.

Izobraževalci medicinskih sester morajo pri oblikovanju in implementaciji izobraževalnih vsebin s področja zdravstvene politike spodbujati sodelovanje z drugimi izobraževalnimi področji, vključno z javnim zdravjem, političnimi vedami in pravom. Vsebina političnega izobraževanja zahteva skrbno načrtovanje in diskrepcijo ob upoštevanju ustrezne kontekstualne realnosti (Adami & Kiger, 2005). Poleg tega se morajo strokovne organizacije medicinskih sester zavezati k financiranju in omogočanju izobraževalnih štipendij, ki spodbujajo razvoj politično usposobljenih izobraževalcev ter ustrezno vzpostavitev in zaščito upravljanja.

Omejena vključenost političnega izobraževanja v proces izobraževanja medicinskih sester predstavlja sistemsko pomanjkljivost, ki slabi stroko zdravstvene nege. Ta vrzel kritično ogroža zagovornišvo pacientov ter dobrobit in varnost medicinskih sester. Čas, ko smo politično izobraževanje obravnavali kot neobvezno ali izbirno, je minil. Sprejeti moramo integriran izobraževalni pristop: uvedbo obvezne, temeljne ravni političnega izobraževanja na dodiplomski ravni, dopolnjeno s specializiranim, aplikativnim usposabljanjem v podiplomskih izobraževalnih programih. S tem se bo stroki zdravstvene nege omogočila klinična usposobljenost in politična angažiranost za optimalno korist pacientov in delovne sile. Za merjenje učinkovitosti izobraževanja in obveščanje o tem, kako pripraviti in oblikovati kompetentno zdravstveno osebje, so potrebne temeljite raziskave.

Conflict of interest/Nasprotje interesov

Avtorica pojasnjuje, da opravlja funkcijo podpredsednice Evropske Federacije učiteljev zdravstvene nege (European Federation of Educators in Nursing Science - FINE)./The author states that she serves as the Vice President of the European Federation of Educators in Nursing Science (FINE).

Literature

Adami, M. F., & Kiger, A. (2005). A study of continuing nurse education in Malta: The importance of national context. *Nurse Education Today*, 25(1), 78–84.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2004.08.004>

PMid:15607250

Alley, K. (2018). *Nursing educator's experiences when implementing concept-based curriculum to address content saturation* [doctoral dissertation, Capella University].

Cornish, J., Qi, Y., Sheppard-Law, S., & Levett-Jone (2025) Examining the effectiveness of teaching political activism to undergraduate nursing students: A scoping review. *Nurse Education Today*, 157, Article 106908.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106908>

PMid:41202386

Des Jardin, K. E. (2001). Political involvement in nursing: Politics, ethics, and strategic action. *AORN Journal*, 74(5), 613–622.

[https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(06\)61760-2](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)61760-2)

Dickman, N. E., & Chicas, R. (2021). Nursing is never neutral: Political determinants of health and systemic marginalization. *Nursing Inquiry*, 28(4), Article e12408.

<https://doi.org/10.1111/nin.12408>

PMid:33651915

Easton, D. (2017). A systems analysis of political life. In *Systems research for behavioral science* (pp. 428–436). Routledge.

Montegrico, J. (2023). Application of Roy's Adaptation Model in understanding content saturation in nursing education. *Philippine Journal of Nursing*, 93(2), 28–34

Thomas, T., Martsolf, G., & Puskar, K. (2020). How to engage nursing students in health policy: Results of a survey assessing students' competencies, experiences, interests, and values. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 21(1), 12–20.

<https://doi.org/10.1177/1527154419891129>

PMid:31825727

Wilson, D. M., Underwood, L., Kim, S., Olukotun, M., & Errasti-Ibarrondo, B. (2022). How and why nurses became involved in politics or political action, and the outcomes or impacts of this involvement. *Nursing Outlook*, 70(1), 55–63.

<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.07.008>

PMid:34493399

Cite as/Citirajte kot:

Cassar, M., 2025. The political imperative of nurse education. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(4), 228–231. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.4.3358>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Vključevanje staršev v zdravstveno oskrbo hospitaliziranega otroka z rakom: model v družino usmerjena zdravstvena oskrba

Involving parents in the health care of hospitalised children with cancer: A model of family-centred care

Mojca Horvat^{1, *}, Jadranka Stričević², Marko Kavčič³, Petra Klanjšek²

Ključne besede: starši; hospitalizacija; otrok; rak; zdravstvena nega; v družino usmerjena skrb

Key words: parents; hospitalisation; children; cancer; health care; family-centered care

¹ Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za pediatrijo, Enota za intenzivno nego in terapijo otrok, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija

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

³ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za otroško hematologijo in onkologijo, Bohoričeva ulica 20, 1000 Ljubljana, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
moychi93@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Uspešna implementacija koncepta družini usmerjene zdravstvene oskrbe v klinično okolje je velik izziv za multidisciplinarni tim pri zdravljenju otrok z rakom in njihovih družin. Namen raziskave je bil preučiti percepcijo in prakso tima v slovenskem okolju.

Metode: Raziskava je bila izvedena z anketnim vprašalnikom o oskrbi, osredotočeni na družino v pediatrični onkologiji (angl. *Family-Centered Care Questionnaire-Revised*). Vzorec je vključeval 80 članov multidisciplinarnega tima, od katerih je 63 vrnilo izpolnjene anketne vprašalnike. Podatki so bili analizirani s programom SPSS, uporabljeni so bili deskriptivni in interferenčni statistični postopki, vključno z Mann-Whitneyjevim U-testom in Kruskal-Wallisovim testom.

Rezultati: Raziskava je pokazala, da se multidisciplinarni tim, ki obravnava otroke z rakom, v veliki meri zaveda pomena oskrbe, osredinjene na otroka in družino ($\bar{x} = 2,28$, $s = 0,550$). Obstajajo odstopanja v zavedanju pomena skrbi za celotno družino ($\bar{x} = 2,60$, $s = 0,670$). Razlike so bile ugotovljene glede vključevanja staršev v oskrbo, predvsem med strokovnjaki z različnimi delovnimi izkušnjami ($p = 0,024$) ter med negovalnimi timi intenzivne terapije in onkologije ($p < 0,001$).

Diskusija in zaključek: Moramo si prizadevati za kakovostno sodobno zdravstveno oskrbo, ki zadostuje potrebam otroka in staršem ter vodi do boljših rezultatov zdravljenja, krajših hospitalizacij, večjega zadovoljstva in nižjih stroškov. To razumevanje mora biti vključeno v organizacijo, oblikovanje smernic, postopke ter v vsak stik strokovnjakov z družino.

ABSTRACT

Introduction: Successful implementation of the concept of family-centred health care in clinical practice is a significant challenge for the multidisciplinary team treating children with cancer and their families. The aim of this study was to examine perception and team practices in the Slovenian context.

Methods: The study was conducted using a questionnaire on family-centered care in pediatric oncology (*Family-Centered Care Questionnaire-Revised*). The sample comprised 80 multidisciplinary team members, of whom 63 returned completed questionnaires. Data were analysed using SPSS software. Statistical analyses included descriptive and inferential procedures (Mann-Whitney U-test and Kruskal-Wallis test).

Results: The findings indicate that the multidisciplinary team treating children with cancer is largely aware of the importance of child- and family-centred care ($\bar{x} = 2.28$, $s = 0.550$). However, discrepancies exist in awareness regarding the importance of caring for the entire family ($\bar{x} = 2.60$, $s = 0.670$). Differences were observed in parental involvement in care, particularly between professionals with varying levels of work experience ($p = 0.024$), and between intensive care and oncology care teams ($p < 0.001$).

Discussion and conclusion: We must strive for high-quality, modern health care that addresses the needs of both the child and parents, leading to better treatment outcomes, shorter hospital stays, greater satisfaction, and reduced costs. This understanding should be integrated into the organisational structures, guideline development, procedures, and every interaction between professionals and families.



Prejeto/Received: 17. 7. 2022
Sprejeto/Accepted: 20. 10. 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.

<https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.4.3192>

Uvod

Vstop otroka v bolnišnico je lahko izjemno stresen dogodek. Stres se stopnjuje, če je bolezen huda, kronična, smrtno nevarna, pri kateri je prisotno oživiljanje, intenzivno zdravljenje, paliativno zdravljenje ali soočanje s smrtjo (Chaturvedi & Ojha, 2014; Klašnja, 2020). Še intenzivnejši stres in tesnoba doživljajo otroci, ki so deležni pogostih ponavljajočih se bolečih zdravstvenih posegov (Loeffen et al., 2020). Predvsem so to otroci, ki se zdravijo na neonatalnih, onkoloških, kirurških oddelkih in enotah intenzivne nege in terapije (Harris et al., 2016; Loeffen et al., 2020). Pri starših in otrocih, ki se soočajo z rakavo boleznijo, je pogosta prisotnost travmatskih odzivov zaradi soočanja s samo boleznijo in njenim zdravljenjem. Starši morajo v hospitalnem okolju začutiti, da so upoštevani in spoštovani, saj so občutljivi (Davis & Burrows, 2017) – prav tukaj namreč prihaja do večjih problemov in konfliktnih situacij. Klašnja (2020) je v svoji raziskavi ugotovila, da v slovenskem okolju skoraj petina staršev (17,5 %) otrok, obolelih za rakom, dosega klinično pomembna merila za diagnozo pediatrični medicinski travmatski stres (PMTS). Kriterije za PMTS prav tako dosega šestina (15,6 %) manjših otrok in mladostnikov (14,5 %). Zaradi velikega stresa so pričakovanja otrok in staršev včasih lahko tudi neprimerna ali nerealna. Predvsem pa so družine, katerih otrok je zbolel za rakavo boleznijo, specifične v svojih karakteristikah, pričakovanjih in potrebah (Zdun-Ryzewska et al., 2021).

Izboljšane prognoze otrok z rakom so v zadnjih desetletjih delno posledica intenzivnega zdravljenja, kar zahteva skrbno in neposredno spremljanje specializiranega multidisciplinarnega tima. Strokovnjaki se povezujejo z mednarodnimi združenji po Evropi in Združenih državah Amerike (ZDA), s katerimi oblikujejo najnoveše smernice in izmenjujejo izkušnje (Dolničar Benedik et al., 2018). Takšno interdisciplinarno sodelovanje in dobra koordinacija v pediatrični onkologiji pomeni velik dosežek v zdravljenju in se kaže z več kot 80-odstotnim preživetjem otrok z rakom v razvitih deželah (Dolničar Benedik et al., 2018). Starši hospitaliziranih otrok postajajo vse bolj vključeni v delo multidisciplinarnega tima. Aktivno sodelujejo pri usklajevanju storitev in določanju vrste oskrbe, ki se jim zdi najboljša za otroka (Coyne et al., 2014), ter navajajo vse večjo potrebo po zaupanju v zdravstveno osebje (Macias et al., 2015).

Da bi v času hospitalizacije dosegli najvišjo kakovost oskrbe in zadovoljstvo, mora multidisciplinarni tim v okvir svojega dela oziroma skrbi vključiti ne samo hospitaliziranega otroka, temveč njegovo celotno družino (Smith, 2018). To sodelovanje deluje v skladu s konceptom k družini usmerjene zdravstvene oskrbe (angl. *family-centered care* – FCC, *family-centered services* – FCS). Družina je zato v središču in je gonilna

sil celostne oskrbe otroka (Al-Motlaq & Shields, 2017; Institute for Patient- and Family-Centered Care [IPFCC], 2020). Koncept tolerira znanje, vrednote, odločitve, prepričanja, kulturne okoliščine otroka in njegove družine ter jih vključuje v načrtovanje zdravstvene oskrbe. Promovira sodelovanje, razvoj partnerskega odnosa in izmenjavo informacij med otrokom, družino in multidisciplinarnim timom (IPFCC, 2020). Zgodovinsko gledano, sta pediatrija in medicina osvojili evolucijo koncepta k družini usmerjene zdravstvene oskrbe in jo sprejeli v svoje delovno okolje. Veliko pediatričnih bolnišnic in organizacij v ZDA je izrazilo svojo zavezanost partnerstvu s starši v oskrbi otrok in ga prikazalo kot »zlati standard« v pediatrični oskrbi (Dokken et al., 2015).

Feeg et al. (2016) navajajo, da strokovnjaki iz multidisciplinarnega tima včasih niso pripravljeni izvajati oskrbe, ki vključuje družino. Primanjkuje tudi empiričnih dokazov, da bolnišnice, ki trdijo, da so osredotočene na družino, dejansko skrbijo za otroka in starše skupaj. Implementacija k družini usmerjene oskrbe zahteva popolno doslednost multidisciplinarnega tima, medprofesionalno usklajevanje (Lor et al., 2016), organizacijsko podporo (Feeg et al., 2016; Foster et al., 2016) in dobro oblikovanje storitev (Smith et al., 2015). Nejasne vloge utrjene poklicne prakse in pomanjkanje smernic otežkočajo izvajanje k družini usmerjene oskrbe (Smith et al., 2015).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil raziskati delo članov multidisciplinarnega tima na ravneh vključevanja staršev v aktivnosti zdravstvene oskrbe, organizacije dela ter skrbi za celotno družino. V sestavnem delu raziskave smo želeli preučiti, ali se obravnava razlikuje glede na to, kateremu timu pripadajo zdravstveni delavci. V ta namen smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Ali je družina vključena v aktivnosti oskrbe multidisciplinarnega tima?
- Ali se člani multidisciplinarnega tima zavedajo pomena skrbi za celotno družino?
- Ali glede na izobrazbo, delovne izkušnje in organizacijo zdravstvene oskrbe obstajajo razlike v izvajanju in razumevanju k družini usmerjene zdravstvene oskrbe v pediatrični onkologiji?
- Katerih elementov k družini usmerjene zdravstvene oskrbe člani multidisciplinarnega tima ne vključujejo v prakso?

Metode

V raziskavi je bila uporabljena neeksperimentalna kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja, pri čemer smo podatke zbirali z anketiranjem.

Opis instrumenta

Anketo smo izvedli z uporabo validiranega vprašalnika o oskrbi, osredotočeni na družino, značilno za pediatrično onkologijo (angl. *Family-Centered Care Questionnaire-Revised - FCCQ-R*) raziskovalk Bruce & Ritchie (1997), ki primerjata prakso in percepcijo multidisciplinarnega tima komponent oskrbe, osredinjene na družino. Vprašalnik smo pridobili neposredno od avtoric in ni prostodostopen na spletu. Anketni vprašalnik smo prevedli v slovenski jezik, ga vsebinsko in oblikovno preoblikovali ter ga prilagodili slovenskemu delovnemu okolju. Vprašanjem smo dodali podpostavke, značilne za pediatrično onkologijo, in ga poimenovali »Vprašalnik o oskrbi, osredotočeni na družino značilno za pediatrično onkologijo« (VODPO). Vprašalnik je vključeval socialno-demografske podatke (spol, starost, leta delovnih izkušenj na pediatričnem onkološkem področju in izobrazba) in druge podatke, povezane s prakso multidisciplinarnega tima, ki ga sestavljajo trije deli: vključevanje staršev v aktivnosti zdravstvene oskrbe, skrb za celotno družino in organizacija dela. Vprašalnik je bil sestavljen iz 37-ih vprašanj, v katere se je skupno združevalo 56 podvprašanj oziroma trditev. Skupno je bilo v vprašalniku 93 trditev. Na vprašanja so anketiranci odgovarjali po sistemu Likertove lestvice strinjanja od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni popolnoma se strinjam in 5 sploh se ne strinjam. Anketiranci so

ocenjevali aktivnosti, ki so trenutno prisotne v njihovi praksi. Rezultati notranje konsistentnosti celotnega vprašalnika ter posameznih sklopov so pokazali visoko stopnjo zanesljivosti, ki jo prikazuje Tabela 1.

Ocene anketirancev smo pri vsakem sklopu združili tako, da smo trditve sklopa sešteli in jih povprečili s skupnim številom trditev, ter lestvične vrednosti tako umerili na 5-stopenjsko lestvico, pri čemer je vrednost 1 pomenila odsotnost, vrednost 5 pa popolno izraženost merjene spremenljivke.

Opis vzorca

Uporabljen je bil priložnostni vzorec zaposlenih v multidisciplinarnem timu, ki sodelujejo pri celostni obravi otrok z rakom – zdravniški tim, negovalni tim ter ostale člane tima (psiholog, fizioterapevt, učitelj, vzgojitelj). Raziskavo smo izvedli na Kliničnem oddelku za otroško hematologijo in onkologijo ter na Kliničnem oddelku za intenzivno terapijo otrok v UKC Ljubljana, pri čemer smo predhodno pridobili tudi pisno dovoljenje za njeno izvedbo. V raziskavo je bilo vključenih 63 udeležencev, od tega 53 (84,1 %) žensk in 10 (15,9 %) moških, ki so pripadali različnim starostnim skupinam. Najmlajših, starih med 21 in 30 let, je bilo 18 (28,5 %), starih med 31 in 40 let je bilo 23 (36,5 %), starih med 41 in 50 let 11 (17,5 %), starih med 51 in 60 let pa 11 (17,5 %). Udeleženci so pripadali različnim timom, kar predstavlja Tabela 2.

Tabela 1: Vrednosti koeficienta Cronbachov Alpha izbranih merskih kazalnikov (sklopi)

Izbrani merski kazalniki (sklopi)	Cronbachov Alpha	Št. spremenljivk
Celoten anketni vprašalnik	0,985	93
Sklop – Vključevanje staršev v aktivnosti zdravstvene oskrbe	0,972	45
Sklop – Skrb za celotno družino	0,938	30
Sklop – Organizacija dela	0,965	18

Tabela 2: Vrste timov

Vrste timov			n	%
negovalni timi	negovalni tim v onkologiji	tehnik zdravstvene nege/zdravstveni tehnik/medicinska sestra	12	19,1
		diplomirana medicinska sestra/mag. zdravstvene nege	11	17,5
	negovalni tim v enoti intenzivne terapije	diplomirana medicinska sestra/mag. zdravstvene nege	21	33,3
		zdravnik specialist	9	14,3
zdravniški tim v onkologiji	zdravnik specializant		5	7,9
	psiholog		1	1,6
ostali	učitelj		2	3,2
	vzgojitelj		1	1,6
	drugo		1	1,6
	skupaj		63	100,0

Legenda: n – število; % – odstotek

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo pridobili ustrezna dovoljenja. Prvotno smo pridobili soglasje od skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKC Ljubljana. Prav tako smo soglasje pridobili od vodstva ustanove ter strokovne vodje negovalnega tima posameznega kliničnega oddelka. Dogovorili smo se o poteku raziskave. Za raziskavo smo uporabili anketne vprašalnike v papirnati obliki. Člani multidisciplinarnega tima so v anketi sodelovali prostovoljno, pri čemer sta jim bili zagotovljeni anonimnost in zaupnost. Anketiranje je potekalo v mesecu aprilu in maju 2020.

Pridobljene empirične podatke smo iz papirnatih oblik prenesli v program SPSS, verzija 25 ter jih statistično obdelali. Pri prenosu podatkov sta sodelovali dve osebi, ki sta večkrat preverili izpiske, da smo zagotovili čim večjo zanesljivost prenosa. Podatki so bili analizirani z metodami deskriptivne (izračun frekvenc oz. odstotka frekvence, povprečja, mediane, modusa, standardnega odklona, mere asimetrije in sploščenosti ter minimalne in maksimalne ocene) ter inferenčne statistike (primerjava negovalnega in zdravniškega tima). Zaradi nenormalne porazdelitve podatkov (preverjene s Shapiro-Wilkovim testom),

in sicer $p < 0,05$, smo pri primerjavah uporabili neparametrične teste: Mann-Whitneyjev U-test za primerjavo dveh neodvisnih skupin ter Kruskal-Wallisov test za primerjavo več neodvisnih skupin. Stopnja statistične značilnosti je bila postavljena na $\alpha = 0,05$, pri čemer smo statistično značilne razlike identificirali pri $p < 0,05$.

Rezultati

Ugotovljeno je bilo, da so anketiranci povprečno gledano najbolj naklonjeni k vključevanju staršev v aktivnosti oskrbe njihovega otroka ($\bar{x} = 2,01$, $s = 0,580$). Ocenjujejo, da je njihova organizacija dela v povprečju dobro naravnana na izvajanje k družini usmerjene zdravstvene oskrbe ($\bar{x} = 2,42$, $s = 0,614$). Nekoliko nižje, a še vedno relativno od dobro do nevtralnno ocenjena, pa je bila skrb za celotno družino ($\bar{x} = 2,60$, $s = 0,670$). V Tabeli 3 je prikazana opisna statistika merjenih sklopov anketnega vprašalnika.

Ugotavljamo, da multidisciplinarni tim iz naše raziskave s prepričljivimi rezultati družino vključuje v svoje delo ($\bar{x} = 1,57$, $s = 0,689$). Z Mann-Whitneyjevim U-testom razlik smo ugotovili, da prihaja do statistično značilnih razlik ($U = 76,500$, $p < 0,001$) med negovalnim timom v onkologiji

Tabela 3: Opisna statistika sklopov Vprašalnika o oskrbi, osredotočeni na družino značilno za pediatrično onkologijo

Sklopi	n		$\bar{x}$	s	Min	Maks
	Veljavni	Manjkajoči				
vključevanje staršev v aktivnosti zdravstvene oskrbe	63	0	2,01	0,580	1,00	3,51
organizacija dela	63	0	2,42	0,614	1,00	4,19
skrb za celotno družino	63	0	2,60	0,670	1,00	4,62
skupaj	63	0	2,28	0,550	1,05	3,64

Legenda: n – število; $\bar{x}$ – povprečje; Me – mediana; s – standardni odklon; min – minimum; maks – maksimum

Tabela 4: Merjeni sestavni deli anketnega vprašalnika glede na stopnjo izobrazbe multidisciplinarnega tima

Stopnja izobrazbe	<i>n</i>	$\bar{R}$	Mann-Whitneyjev <i>U</i> -test	<i>Z</i>	<i>p</i>
vključevanje staršev v aktivnosti zdravstvene oskrbe (<i>n</i> = 23)					
tehnik zdravstvene nege/zdravstveni tehnik/medicinska sestra	12	12,63	58,500	−0,462	0,644
diplomirana medicinska sestra/mag. zdravstvene nege	11	11,32			
organizacija dela (<i>n</i> = 23)					
tehnik zdravstvene nege/zdravstveni tehnik/medicinska sestra	12	13,67	46,000	−1,236	0,217
diplomirana medicinska sestra/mag. zdravstvene nege	11	10,18			
skrb za celotno družino (<i>n</i> = 23)					
tehnik zdravstvene nege/zdravstveni tehnik/medicinska sestra	12	13,54	47,500	−1,140	0,254
diplomirana medicinska sestra/mag. zdravstvene nege	11	10,32			
organizacija dela (<i>n</i> = 58)					
negovalni tim	44	29,81	294,500	−0,246	0,806
zdravstveni tim	14	28,54			

Legenda: n – število; $\bar{R}$ – povprečna vrednost rangov v posamezni skupini; Z – standardizirana vrednost testa Mann-Whitneyjev U-test; p – p-vrednost

in negovalnim timom iz enote intenzivne terapije. Negovalni tim v onkologiji se povprečno gledano s sklopom strinja v večji meri ($\bar{x} = 1,75$, $s = 0,335$), kot negovalni tim iz enote intenzivne terapije ($\bar{x} = 2,44$, $s = 0,571$). Primerjali smo tudi negovalni in zdravstveni tim v onkologiji, pri čemer smo ugotovili, da med njima razlike niso statistično značilne ($U = 139,500$, $p = 0,500$). Zato smo na podlagi celotnega vzorca multidisciplinarnega tima, v katerega so vključeni negovalni tim v onkologiji, enota intenzivne terapije in zdravstveni tim v onkologiji, ugotovili, da med njihovimi mnenji glede na vključevanja družine v zdravstveno oskrbo ni statistično značilnih razlik ($U = 259,000$, $p = 0,373$).

Da bi ugotovili, ali se člani multidisciplinarnega tima zavedajo pomena skrbi za celotno družino, smo primerjali rezultate negovalnega in zdravstvenega tima v onkologiji, pri čemer smo ugotovili, da med njima razlike niso statistično značilne ($U = 147,000$, $p = 0,661$). Prav tako nismo dokazali statistično značilnih razlik med zdravstvenim timom ter celotnim negovalnim timom, v katerega sta vključena tako negovalni tim v onkologiji, kot negovalni tim v enoti intenzivne terapije ($U = 243,500$, $p = 0,241$).

Rezultati (Tabela 4) so pokazali, da med skupinama tehnik zdravstvene nege/zdravstveni tehnik/ medicinska sestra in diplomirana medicinska sestra/magister zdravstvene nege ni bilo statistično značilnih razlik v zaznavanju vključevanja staršev v aktivnosti zdravstvene oskrbe ($U = 58,500$, $p = 0,644$), organizacije dela ($U = 46,000$, $p = 0,217$) ter skrbi za

celotno družino ($U = 47,500$, $p = 0,254$). Prav tako ni bilo statistično pomembnih razlik glede na vrsto tima (negovalni vs. zdravstveni) v zaznavi organizacije dela ($U = 294,500$, $p = 0,806$).

V nadaljevanju smo uporabili Kruskal-Wallisov test, da bi preverili morebitne razlike glede na dolžino delovnih izkušenj (Tabela 5).

Rezultati so pokazali (Tabela 5), da glede na dolžino delovne dobe ni bilo ugotovljenih statistično značilnih razlik glede na oceno vključevanja staršev ($H = 5,966$, $p = 0,113$), organizacije dela ($H = 1,780$, $p = 0,619$), skrbi za celotno družino ($H = 1,418$, $p = 0,701$) ali celotne ocene k družini usmerjene oskrbe ($H = 2,425$, $p = 0,489$). Opazne pa so razlike v povprečnih rangih ($U = 78,500$, $p = 0,024$): višje ocene okoli vključevanja staršev v aktivnosti zdravstvene oskrbe so podali udeleženci z do tremi leti izkušenj ($\bar{R} = 38,75$), medtem ko so najnižje ocene prispevali tisti z več kot enaindvajsetimi leti izkušenj ($\bar{R} = 24,00$). Ugotovili smo, da v organizaciji dela zdravstvene oskrbe med negovalnim in zdravniškim timom v onkologiji ter negovalnim timom v enoti intenzivne terapije v nobenem primeru ne prihaja do statistično značilnih razlik ($U = 294,500$, $p = 0,806$). Povprečno gledano, so se zaposleni strinjali, da je organizacija dela naravnana na izvajanje oskrbe, ki je osredotočena na družino ($\bar{x} = 2,42$, $s = 0,614$).

Na podlagi tabel 4 in 5 je ugotovljeno, da glede na izobrazbo, delovne izkušnje in organizacijo dela v multidisciplinarnem timu ni bilo statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) pri izvajanju in razumevanju k družini usmerjene zdravstvene oskrbe v pediatrični onkologiji.

Tabela 5: Merjeni sestavni deli anketnega vprašalnika glede na delovne izkušnje multidisciplinarnega tima

Delovne izkušnje	n	$\bar{R}$	Kruskal- Wallisov test	p
vključevanje staršev v aktivnosti zdravstvene oskrbe (n = 63)			5,966	0,113
do 3 leta	16	38,75		
od 3 do 10 let	16	34,72		
od 11 do 20 let	13	31,42		
21 let in več	18	24,00		
organizacija dela (n = 63)			1,780	0,619
od treh let	16	28,47		
od treh do 10 let	16	31,94		
od 11 do 20 let	13	37,46		
21 let in več	18	31,25		
skrb za celotno družino (n = 63)			1,418	0,701
od treh let	16	32,50		
od treh do 10 let	16	33,94		
od 11 do 20 let	13	34,77		
21 let in več	18	27,83		
skupaj (n = 63)			2,425	0,489
do 3 let	16	34,66		
od 3 do 10 let	16	35,34		
od 11 do 20 let	13	32,08		
21 let in več	18	26,61		

Legenda: n – število; $\bar{R}$ – povprečna vrednost rangov v posamezni skupini; H – standardizirana vrednost Kruskal-Wallisovega testa; p – p-vrednost

Tabela 6: Elementi, katerih člani multidisciplinarnega tima ne vključujejo v prakso

Trditve	n		$\bar{x}$	s	Min	Maks
	Veljavni	Manjkajoči				
Bistvene informacije in pisni povzetki o otroku in njegovem zdravstvenem stanju so na razpolago v vsakem primarnem uradnem jeziku družine.	63	0	3,03	1,270	1,00	5,00
Ustanova priznava in nagraduje posebna znanja in spretnosti, ki so nujne pri zdravstveni oskrbi otrok in njihovih družin.	59	4	3,51	0,954	1,00	5,00
Organizacija dela je načrtovana tako, da je skrb za otroka in njegovo družino določena vedno istim osebam iz multidisciplinarnega tima.	61	2	3,18	1,041	1,00	5,00
Starše in sorojence spodbujam, da obiščejo otroka, kadar koli jim ustreza oz. ustreza njihovim potrebam na oddelku za intenzivno terapijo.	60	3	3,38	1,250	1,00	5,00
Starše in sorojence spodbujam, da obiščejo otroka, kadar koli jim ustreza oz. ustreza njihovim potrebam v transplantacijskem centru.	59	4	3,56	1,330	1,00	5,00
Starše in sorojence spodbujam, da obiščejo otroka, kadar koli jim ustreza oz. ustreza njihovim potrebam v operacijskem bloku.	58	5	4,02	1,162	1,00	5,00

Legenda: n – število; $\bar{x}$ – povprečje; Me – mediana; s – standardni odklon; min – minimum; maks – maksimum

Tabela 6 predstavlja elemente k družini usmerjene zdravstvene oskrbe, ki jih zaposleni ne prepoznavajo kot ustaljeno prakso. Višje povprečne vrednosti, ki se približujejo oceni 5 (»Popolnoma se ne strinjam.«), v primerjavi z nižjimi vrednostmi blizu 1 (»Popolnoma se strinjam.«), kažejo, da obravnavani elementi niso v zadostni meri integrirani v vsakodnevno delo. Iz rezultatov je razvidno, da člani multidisciplinarnega tima izražajo višjo stopnjo nestrinjanja z možnostjo neomejenega obiska staršev in sorojencev. Ta razkorak je bil najbolj izrazit za operacijski blok ($\bar{x}$ = 4,02), sledita transplantacijski center ($\bar{x}$ = 3,56) in oddelek za intenzivno terapijo ($\bar{x}$ = 3,38). Po mnenju anketirancev ustanova delno priznava in nagraduje posebna znanja ter spretnosti, ki so nujne pri zdravstveni oskrbi otrok in njihovih družin ($\bar{x}$ = 3,51), kar pomeni, da nagrajevanje poteka občasno, vendar ga zaposleni ne dojemajo kot ustaljeno prakso. Prav tako je dostopnost do bistvenih informacij in pisnih povzetkov v primarnem uradnem jeziku družine ocenjena kot nevtralna ($\bar{x}$ = 3,03). Organizacija dela, pri kateri bi morala biti skrb za otroka in njegovo družino konstantno dodeljena istim članom multidisciplinarnega tima, je bila ocenjena podobno ($\bar{x}$ = 3,18), kar dodatno potrjuje, da ta vidik ni popolnoma uveljavljen in predstavlja možnost za izboljšave v smeri kontinuitete oskrbe.

Diskusija

Rezultati naše raziskave kažejo, da zaposleni opažajo visoko stopnjo vključevanja staršev v aktivnosti zdravstvene oskrbe ($\bar{x}$ = 2,01), kar kaže na dobro implementacijo. Nižja vrednost na lestvici je pomenila večje strinjanje z navedbo. V skladu s sodobnimi

smernicami imajo starši pravico sodelovati pri zdravstvenih odločitvah za svojega otroka (Aarthun et al., 2018). Anketirani se večinoma strinjajo, da je družina ključna pri teh odločitvah, vendar je bila ocena okoli aktivnega vključevanja pri sprejemanju odločitev zdravljenja bolj nevtralna, kar kaže na pomanjkanje medicinskega znanja med starši (Aarthun et al., 2018). Norveške študije navajajo, da si starši pogosto želijo večje vključenosti, a jim to ni vedno omogočeno (Aarthun et al., 2018; Doane & Varcoe, 2015). V eni izmed pediatričnih klinik v Sloveniji pa ugotavljajo, da so starši iz tega vidika oskrbe večinoma zadovoljni (Pevce, 2015). Pregled literature iz leta 2025 poudarja rastoč pomen k družini usmerjene oskrbe, vključno z vlogo multidisciplinarnih timov in upoštevanjem individualnih ter kulturnih raznolikosti (Hriberšek et al., 2024).

Povprečna ocena ($\bar{x}$ = 2,60) kaže na zmerno strinjanje anketirancev, da je skrb za celotno družino pomemben vidik dela. To kaže na delno zavedanje pomena celostne obravnave, kar je lahko posledica različnih razumevanj, pomanjkanja izobraževanja ali organizacijskih omejitev. Ker ima družina ključno vlogo pri podpori otroku, je smiselno okrepiti kompetence zaposlenih za vključevanje družine kot partnerja v oskrbi. K družini usmerjena oskrba vključuje tudi širše družinske člane in prijatelje (IPFCC, 2020). V zadnjem času se v tujini več pozornosti namenja tudi sorojencem – npr. organizacija Alex's Lemonade Stand Foundation v ZDA izvaja podporne programe za brate in sestre otrok z rakom. Raziskava (Matziou et al., 2018) je pokazala, da obstaja potreba po intenzivnejšem spodbujanju družin k vključevanju v podporne skupnosti, ugotavljajo medicinske sestre iz Grčije. Medicinske sestre, posebej v enotah intenzivne terapije, enotah intenzivne nege novorojencev in

onkologije, bolje prepoznavajo pomen družinske oskrbe, kot tiste na splošnih oddelkih. Ena od medicinskih sester iz enote intenzivne terapije je v naši raziskavi poudarila, da je tovrstno oskrbo težje izvajati v specifičnem okolju, kot je intenzivna terapija, kar potrjujejo rezultati naše raziskave, ki kažejo, da je naklonjenost članov tega tima k celostni skrbi za družino manjša v primerjavi s timom z onkologije.

Statistična analiza naše raziskave ni pokazala pomembnih razlik v opažanju k družini usmerjene oskrbe glede na izobrazbo, delovne izkušnje, ali strukturo tima. To bi lahko kazalo na enotno, vendar morda površinsko razumevanje tega koncepta, brez njegovega poglobljenega dojetja. Tudi raziskava Bruce et al. (2002) ni opazila razlik glede na delovno dobo ali strokovno skupino, čeprav naši podatki kažejo, da se lahko razumevanje z izkušnjami vendarle pogloblja. Nasprotno pa grška študija Matziou et al. (2018) ugotavlja, da mlajše medicinske sestre bolje prepoznavajo potrebe družin kot njihove starejše kolegice. V mednarodni študiji Feeg et al. (2016) so ugotovili, da so člani timov raje delali z otroki kot s starši, medicinske sestre pa so bile bolj naklonjene vključevanju staršev, kot so bili zdravniki. Matziou et al. (2018) še navajajo, da moški v zdravstveni negi dosegajo višje rezultate na področju sistemskih vidikov oskrbe, kar naj bi odražal moški tehnokratski pristop. V Turčiji pa pomanjkanje smernic za družinsko oskrbo kaže na vpliv kulturnih razlik (Feeg et al., 2016).

V okviru družini usmerjene skrbi je pomembno dosledno vključevanje vseh temeljnih elementov, ki omogočajo aktivno vlogo družine v skrbi za otroka (Vaismoradi et al., 2014). Naša raziskava je pokazala, da se nekateri elementi redko izvajajo, zlasti spodbujanje obiskov staršev in sorodnikov v specifičnih okoljih (npr. operacijski blok, transplantacijski center, intenzivna terapija). Pogosto manjka tudi kontinuiteta oskrbe od istih članov tima, kar zmanjšuje občutek varnosti in zaupanja med družino in zdravstvenim oziroma negovalnim timom (American Association of Critical-Care Nurses, 2016).

V enem od slovenskih pediatričnih rehabilitacijskih centrov so ugotovili, da so med elementi koncepta najmanj uspešni pri podajanju informacij (Groleger Sršen & Vidmar, 2015). Rezultati naše raziskave so pokazali, da bistvene informacije pogosto niso posredovane v primarnem jeziku družine, kar negativno vpliva na njeno razumevanje in sodelovanje v procesu oskrbe (Arabiat et al., 2018). Anketiranci redno ocenjujejo stopnjo razumevanja podanih informacij staršem, zato da informacije niso zgolj posredovane, temveč tudi pravilno razumljene. Sporočanje jasnih in spoštljivih informacij je bistveno za doseg zadovoljstva, medtem ko zmanjšujejo zmedo, anksioznost, stres in strah pri otroku in njegovi družini (Gorenc & Bürger Lazar, 2014). Člani tima prav tako razumejo, da je čas za vzpostavitev zaupanja bistven, pri čemer je spoštovanje temeljni element k družini usmerjene oskrbe. Vendar

je od vrhovne organizacije opažena nizka vključenost nagrajevanja posebnih znanj, kar kaže na sistemsko luknjo o dodatnih kompetencah medicinskih sester.

Otroci z rakom in njihove družine v Sloveniji prejemajo oskrbo, ki se približuje načelom družinsko usmerjene obravnave. Čeprav številne bolnišnice po svetu prepoznavajo tovrstno oskrbo kot idealen model za zdravljenje otrok (IPFCC, 2022), pa njena celostna implementacija v klinični praksi še vedno ostaja izziv v številnih zdravstvenih sistemih (Al-Motlaq & Shields, 2017; Feeg et al., 2016; Smith et al., 2015).

V Sloveniji deluje le en center za zdravljenje otrok z rakom, zato je število strokovnjakov omejeno. V naši raziskavi smo si prizadevali za reprezentativen vzorec, vendar smo naleteli na nižjo odzivnost, zlasti z oddelka za intenzivno terapijo, kar najverjetneje odraža nižja motivacija in pomanjkanje časa za izpolnjevanje vprašalnikov. Vzorec je bil še posebej nereprezentativen pri drugih članih tima ($n = 5$), zato kvantitativna analiza zanje ni bila mogoča. V prihodnje bi bilo smiselno anketni vprašalnik prilagoditi članom, ki so z zdravljenjem povezani posredno.

Cronbachov alfa je pokazal visoko notranjo zanesljivost vprašalnika, vendar bi bilo treba dodatno preveriti njegovo vsebinsko razumljivost in konstruktno veljavnost. Za celovitejše razumevanje klinične prakse predlagamo razširitev raziskave z vključitvijo starševske perspektive, kar bi izboljšalo veljavnost in uporabnost rezultatov.

Zaključek

Glede na ugotovitve naše raziskave ocenjujemo, da se multidisciplinarni tim, ki vodi obravnavo otrok z rakom, bolj ali manj zaveda pomena zdravstvene oskrbe, ki se osredini na otroka in družino. Za implementacijo tega koncepta v vse ravni oskrbe je treba v prvi vrsti izobraževati strokovnjake na vodstvenih položajih. Nujen je stalen napor za prilagajanje vseh ravni obravnave za doseganje ciljev na družino osredotočene zdravstvene oskrbe. Na koncu je seveda potreben trud vseh članov multidisciplinarnega tima, ki se mora zavedati sposobnosti čustvene inteligence, samozavedanja, samoobvladovanja, motiviranosti in empatije. Prav tako pomembne lastnosti so psihofizična stabilnost, spoštovanje, spretnosti komunikacije, razumevanje ter sprejemanje drugačnosti in individualnosti.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

Prispevek avtorjev/Author contributions

Prispevek je del raziskave v okviru magistrskega dela MH, ki je opravila pregled teoretičnih izsledkov, zasnovala in izvedla raziskavo, jo analizirala, obrazložila in razpravljala o izsledkih. JS je mentorica in MK je somentor magistrskega dela, ki sta s svojimi nasveti pomembno vplivala na zasnovu dela, prispevala h kritičnemu pregledu in soglašala o dokončni oddaji članka. PK je opravila kritični pregled osnutka in končne različice članka./This study forms part of the research for MH's master's thesis. MH reviewed the theoretical findings, designed and conducted the research, analysed the results, and interpreted and discussed the findings. JS, as the thesis advisor, and MK, as co-advisor, significantly influenced the design of the study, contributed to the critical review, and agreed to the final submission of the article. PK conducted a critical review of both the draft and final versions of the article.

Literatura

- Aarthun, A., Oymar, K. A., & Akerjordet, K. (2018). Parental involvement in decision: Making about their child's health care at the hospital. *Nursing Open*, 6(1), 50–58.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nop2.180>
PMid:30534394; PMCID:PMC6279730
- Alex's Lemonade Stand Foundation. (2022). *About SuperSibs*.
<https://www.alexlemonade.org/childhood-cancer/for-families/supersibs>
- Al-Motlaq, M., & Shields, L. (2017). Family-centered care as a western-centric model in developing countries: Luxury versus necessity. *Holistic Nursing Practice*, 31(5), 343–347.
<https://doi.org/10.1097/hnp.0000000000000228>
PMid:28786891
- American Association of Critical-Care Nurses. (2016). *Family visitation in the adult intensive care unit*. *Critical Care Nurse*, 36(1), e15–e18.
<https://doi.org/10.4037/ccn2016677>
- Arabiati, D., Whitehead, L., Foster, M., Shields, L., & Harris, L. (2018). Parents' experiences of family centred care practices. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 39–44.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.012>
PMid:30219298
- Bruce, B., Ritchie, J., Letourneau, N. L., Larocque, S., Dennis, C. H., & Elliott, M. R. (2002). A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Journal of Family Nursing*, 8(4), 408–429.
<https://doi.org/10.1177/107484002237515>
- Chaturvedi, R., & Ojha, S. (2014). Understanding parental stress of physically challenged: An overview. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(6), 770–773.
http://www.iahrw.com/index.php/home/journal_detail/19#list
- Coyne, I., Amory, A., Kierman, G., & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(3), 273–280.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.01.006>
PMid:24629505
- Davis, J., & Burrows J. F. (2017). Predictors of patient satisfaction in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34(6), 435–438.
<https://doi.org/10.1177/1043454217717239>
PMid:28670954
- Doane, G. H., & Varcoe, C. (2015). *How to nurse: Relational inquiry with individuals and families in changing health and health care contexts* (1st ed.). Wolters Kluwer Health; Lippincott Williams & Wilkins.
- Dokken, D., Parent, K., & Ahmann, E. (2015). Family presence and participation: Pediatrics leading the way...and still evolving. *Pediatric Nursing*, 41(4), 204–206.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26470470/>
PMid:26470470
- Dolničar Benedik, M., Anžič, J., Bürger Lazar, M., Jazbec, J., Rožič, M., Širca Čampa, A., Poredoš, T., Benedik, E., & Benedejčič, T. (2018). *Ko otrok zboli za rakom* (4th ed.). Mohorjeva družba.
- Feeg, V. D., Paraszczuk, A. M., Çavuşoğlu, H., Shields, L., Pars, H., & Al Mamun, A. (2016). How is family centered care perceived by healthcare providers from different countries: An international comparison study. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(3), 267–276.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.007>
PMid:26712214
- Foster, M., Whitehead, L., & Maybee, P. (2016). The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family-centered care within a pediatric critical care setting: A synthesis of quantitative research. *Journal of Family Nursing*, 22(1), 6–73.
<https://doi.org/10.1016/10.1177/1074840715618193>
PMid:26706128

- Gorenc, M., & Bürger Lazar, M. (2014). Psihološka priprava otroka in mladostnika na boleče zdravstvene posege. In A. Ljubič & M. Oštir, (Eds). *Otrok, družina, bolezen in zdravstveni delavci - skrb za druge in skrb zase: zbornik predavanj. Strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji pri Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana 30. maj 2014* (pp. 29–30). Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji.
- Groleger Sršen, K., & Vidmar, G. (2015). Koncept v družino usmerjene obravnave in ocena postopkov oskrbe. *Rehabilitacija*, 14(1), 104–109.
<https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-X0SB6ELV>
- Hriberšek, M., Eibensteiner, F., Bukowski, N., Yeung, A. W. K., Atanasov, A. G., & Schaden, E. (2024). Research areas and trends in family-centered care in the 21st century: A bibliometric review. *Frontiers in Medicine*, 11, Article 1401577.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1401577>
- Harris, J., Ramelet, A. S., van Dijk, M., Pokorna, P., Wielenga, J., Tume, L., Tibboel, D., & Ista, E. (2016). Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: An ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, 42(6), 972–986.
<https://doi.org/10.1007/s00134-016-4344-1>
PMid:27084344; PMCID:PMC4846705
- Institute for patient- and family-centered care (IPFCC). (2020). *What are the core concepts of patient- and family-centered care*.
<http://www.ipfcc.org/>
- Institute for patient- and family-centered care (IPFCC). (2020). *Profiles of exemplar hospitals*. <https://www.ipfcc.org/bestpractices/profiles-of-institutional-change.html>
- Klašnja, S. (2020). Medicinska travma pri otrocih, obolelih za rakom, in njihovih starših [magistrsko delo, Univerza v Ljubljani].
- 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.
- Loeffen, E. A. H., Mulder, R. L., Front-Gonzales, A., Leroy, P. L. J. M., Dick, B. D., Taddio, A., Ljungman, G., Jibb, L. A., Tutelman, P. R., Liossi, C., Twycross, A., Positano, K., Knops, R. R., Wijnen, M., van de Wetering, M. D., Kremer, L. C. M., Dupuis, L. L., Campbell, F., & Tissing, W. J. E. (2020). Reducing pain and distress related to needle procedures in children with cancer: A clinical practical guideline. *European journal of Cancer*, 131, 53–67.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.02.039>
PMid:32302949
- Lor, M., Crooks, N., & Tluczek, A. (2016). A proposed model of person-, family-, and culture-centered nursing care. *Nursing Outlook*, 64(4), 352–366.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.02.006>
PMid:27061841
- Macias, M., Zornoza, C., Rodriguez, E., García, J. A., Fernández, J. A., Luque, R., & Collado, R. (2015). Impact of hospital admission care at a pediatric unit: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 41(6), 291–293.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26837098/>
PMid:26837098
- Matziou, V., Manesi, V., Vlachioti, E., Perdikaris, P., Matziou, T., Chliara, J. I., & Mpoutopoulou, B. (2018). Evaluating how paediatric nurses perceive the family-centred model of care and its use in daily practice. *Holistic Nursing Practice*, 31(5), 343–347.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.14.810>
PMid:30048181
- Pevec, M. (2015). *Informiranje in vključevanje staršev v zdravstveno oskrbo hospitaliziranih otrok* [magistrsko delo, Univerza v Mariboru].
- Smith, J., Swallow, V., & Coyne, I. (2015). Involving parents in managing their child's longterm condition: A concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 143–159.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.014>
PMid:25458112
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care for hospitalized pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
PMid:30219300
- Vaismoradi, M., Jordan, S., & Kangasniemi, M. (2014). Patient participation in patient safety and nursing input: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5–6), 627–639.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12664>
- 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
- Zdun-Ryzewska, A., Nadrowska, N., Blazek, M., Bialek, K., Zach, E., Krywda-Rybska, D. (2021). Parent's stress predictors during a child's hospitalization. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), Article 12019.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182212019>
PMid:34831774; PMCID:PMC8619911

Citirajte kot/Cite as:

Horvat, M., Stričević, J., Kavčič, M., & Klanjšek, P. (2025). Vključevanje staršev v zdravstveno oskrbo hospitaliziranega otroka z rakom: model v družino usmerjena zdravstvena oskrba. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(4), 232–240. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.4.3192>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Pojasnjevalni dejavniki politične aktivnosti medicinskih sester: sistematični pregled literature

Explanatory factors for the political activity of nursing staff: A systematic review

Rebeka Lekše¹*, Melita Peršolja¹

Ključne besede: politika; zdravstveno varstvo; zdravstvena politika; zdravstvena nega

Key words: policy; healthcare; health policy; nursing

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: Vloga medicinskih sester v političnem procesu je ključnega pomena za izboljšanje zdravstvenih politik in kakovosti oskrbe, vendar je njihova aktivnost iz različnih razlogov pogosto omejena. Namen raziskave je proučiti in pojasniti dejavnike, ki so povezani z aktivno vlogo medicinskih sester pri oblikovanju politike v sistemu zdravstvenega varstva.

Metode: Uporabljen je bil sistematičen pregled znanstvene literature v podatkovnih bazah CINAHL, Science Direct, Cochrane Library, Scopus, PubMed in COBIB.SI. Vključeni so bili znanstveni članki, objavljeni v slovenskem in angleškem jeziku, med letoma 2014 do 2024, ki so bili prostodostopni. Potek pregleda literature je prikazan z diagrami PRISMA. Rezultati so bili analizirani s tematsko analizo.

Rezultati: V končno analizo je bilo vključenih dvanajst virov: dva sistematična pregleda literature, pet kvalitativnih raziskav in pet presečnih raziskav iz devetih držav. Oblikovane so bile štiri tematske kategorije: (1) prednosti vključevanja medicinskih sester v politično odločanje, (2) slabosti in izzivi politične aktivnosti medicinskih sester, (3) priložnosti za povečanje angažiranosti medicinskih sester in (4) ovire pri vključevanju medicinskih sester v politični proces.

Diskusija in zaključek: Medicinske sestre bi lahko prispevale k boljšim političnim odločitvam v zdravstvenem sektorju, vendar jim pogosto za aktivno sodelovanje na tem področju primanjkuje motivacije. Vključevanje medicinskih sester v politiko bi lahko bilo večje s povečanjem političnih veščin, spodbujanjem sodelovalnega obnašanja in opolnomočenjem na organizacijski ravni. Ključnega pomena je usklajeno delovanje vseh deležnikov zdravstvenega sistema ter zagotavljanje ustrezne podpore in izobraževanja za razvoj političnih kompetenc pri medicinskih sestrah.

ABSTRACT

Introduction: The role of nurses in political processes is crucial for improving health policy and quality of care, yet their participation is often limited by various challenges. The aim of this study was to examine the factors associated with nurses' active involvement in healthcare policy-making.

Methods: We conducted a systematic review of the scientific literature in the CINAHL, Science Direct, Cochrane Library, Scopus, PubMed and COBIB.SI databases. We included freely accessible scientific articles published in Slovenian and English between 2014 and 2022. The literature search process is presented in a PRISMA diagram. The results were analysed using thematic analysis.

Results: A total of 12 studies were included in the final analysis: two systematic literature reviews, five qualitative studies, and five cross-sectional surveys from nine countries. Four thematic categories were identified: (1) strengths of nurses' participation in policy-making, (2) weaknesses and challenges of nurses' political participation, (3) opportunities to increase nurses' political participation, and (4) barriers to nurses' participation in the political process.

Discussion and conclusion: Nurses play a significant role in ensuring quality health care and could contribute to better policy decisions in the healthcare sector. However, they encounter several challenges, such as lack of motivation, a passive role in policy making and limitations related to the organisational structure of the health system. Ways to enhance nurses' participation in policy-making include improving their political competence, promoting participation, and strengthening empowerment at the organisational level. Coordinated action by all actors in the health system, along with appropriate support and training to develop nurses' political competence, is key to improving nurses' political engagement.



Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija je zdravstveno politiko opredelila kot ukrepe, ki se izvajajo za doseganje določenih zdravstvenih ciljev (World Health Organization, 2021). Zdravstvena politika je zasnovana tako, da obravnava vprašanja, ki so povezana s sistemom organizacije zdravstvenega varstva, vključno s stroški in dostopom do zdravstvenega varstva ter s kakovostjo zdravstvene oskrbe (Waddell, 2020). Prav tako oblikovanje zdravstvene politike vsebuje vprašanja, ki obravnavajo globalno zdravje, javno zdravje, farmacevtske izdelke in duševno zdravje (Azline et al., 2018). Pri spremembah zdravstvenega sistema sodelujejo različni udeleženci, kot so Ministrstvo za zdravje, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in poklicne zbornice ter strokovna združenja, pri čemer vsak izmed njih zastopa interese določene skupine – bodisi javnega zdravja, zdravstvenih delavcev, pacientov ali financirjev zdravstvenega varstva (Ministrstvo za zdravje, 2023).

Zaposleni v zdravstveni negi se soočajo z izzivom vključevanja v razvoj in oblikovanje zdravstvene politike (Rewakowski et al., 2021). Zakonodaja in strateški dokumenti na področju zdravstvenega varstva zahtevajo, da medicinske sestre izrazijo mnenje o težavah v zdravstvenem sistemu ter s tem prispevajo k oblikovanju alternativ obstoječi politiki (Mason et al., 2021). V vsakem demokratičnem sistemu imajo pravico izraziti svoja stališča o dogajanju v zvezi z zdravstvenim varstvom in s stroko zdravstvene nege na splošno, razen v primerih, ko so ta stališča omejena z zakonodajo, etičnimi smernicami ali regulativami, ki urejajo varstvo osebnih podatkov, strokovne odgovornosti in varnost pacientov (Wilson et al., 2020). V dogajanje se lahko vključujejo tudi kot politične aktivistke, ki z aktivnim sodelovanjem pripomorejo k oblikovanju in zagovarjanju zdravstvenih sprememb, ki vplivajo na zdravje pacientov, družin in skupnosti (Alhassan et al., 2019). Med vsemi zdravstvenimi delavci so medicinske sestre najbližje uporabnikom zdravstvenega varstva – so pogosto prva in najpogostejša kontaktna točka za paciente ter so vključene v neposredno oskrbo – in so v edinstvenem položaju, da pomembno prispevajo k razvoju ustreznih in učinkovitih načrtov zdravstvene politike (International Council of Nurses, 2021; World Health Organization, 2021). Kot največja skupina izvajalcev zdravstvenih storitev so zagovornice pacientov, skupnosti in profesije zdravstvene nege (Mason et al., 2021).

Regulativna politika vpliva na vse vidike strokovnega razvoja, prakse in raziskovanja v zdravstveni negi, zato je prav, da medicinske sestre sodelujejo pri njenem razvoju (Hajizadeh et al., 2021) in so na čelu odločanja in sprejemanja politik v zdravstvenih sistemih (Kennedy, 2018). Kljub pozivom k politični aktivnosti raziskave (Alhassan et al., 2019) še naprej poročajo o nizki stopnji političnega udejstvovanja medicinskih

sester, kar O'Rourke et al. (2017) opisujejo celo kot »politično apatijo«.

Na odločitev medicinskih sester, da so dejavne pri oblikovanju zdravstvene politike, vplivajo različni dejavniki, vključno s pridobivanjem izkušenj v procesu oblikovanja politike, pridobivanjem znanja o zdravstvenih sistemih, raziskovanjem politike in razvijanjem vodstvenih sposobnosti (Ruru & Xiaoxuan, 2022). V zadnjih desetletjih so medicinske sestre, kljub temu da so postale vse bolj večše, usposobljene in dobro izobražene, omejeno sodelovale v procesih oblikovanja politik in političnih odločitev, ki vplivajo na izvajanje zdravstvenih storitev (Salvage & White, 2019).

V državah z nizkimi in srednjimi dohodki, kjer medicinske sestre predstavljajo večji delež zaposlenih v zdravstvenem sektorju, je poudarjena pomembnost sodelovanja medicinskih sester v procesih oblikovanja nacionalnih politik (Etowa et al., 2023). Zaradi tega je ključno okrepiti njihove sposobnosti razumevanja, oblikovanja in uporabe raziskovalnega znanja, ki prispeva k oblikovanju in izvajanju učinkovite zdravstvene politike.

Namen in cilji

Iz literature je razvidno, da se medicinske sestre (pre)malo vključujejo v zdravstveno politiko. Namen raziskave je proučiti vključevanje medicinskih sester v zdravstveno politiko. Cilj je identificirati in analizirati dejavnike, ki so povezani z vključevanjem medicinskih sester v proces političnega odločanja. S tem bomo prispevali k boljšemu razumevanju, kaj spodbuja ali ovira politično aktivnost medicinskih sester, kar lahko koristi kot osnova za oblikovanje strategij za izboljšanje njihovega udejstvovanja, vloge in vpliva v političnem okolju. Na podlagi namena in cilja smo si zastavili naslednje raziskovalno vprašanje: Kateri dejavniki se povezujejo z vključevanjem medicinskih sester v proces političnega odločanja?

Metode

Uporabljen je bil sistematični pregled literature.

Metode pregleda

Iskanje literature smo izvedli v mednarodnih podatkovnih bazah CINAHL, Science Direct, Cochrane Library, Scopus, PubMed in COBIB.SI. Za iskalne izraze smo določili kombinacijo ključnih besed v iskalniku Medical Subject Headings (MeSH) in si pri iskanju virov pomagali z Boolovimi operaterji (AND, OR). Ključne besede, ki smo jih uporabili pri iskanju zadetkov v angleškem jeziku, so bile: (»policy making« OR »decision making« OR »health policy«) AND (»nurses« OR »nursing staff« OR »registered nurses«) AND (»political engagement« OR »political involvement« OR »political participation« OR »political activity«) AND (»factors« OR

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Vključitveni kriteriji	
Jezik	Angleški in slovenski jezik
Tip vira	Izvirni znanstveni in pregledni znanstveni članki
Dostopnost	Besedilo, dostopno v celoti
Populacija	Zaposleni v zdravstveni negi
Intervencija	Politično odločanje zaposlenih v zdravstveni negi
Vrsta raziskav	Kohortne raziskave sistematični pregled literature, presečne raziskave, randomizirana klinična raziskava, kvalitativna raziskava, kvantitativna raziskava
Časovni okvir	Od leta 2014 do 2024

»influences« OR »determinants«), v slovenskem jeziku pa smo uporabili ključne besede: (»zdravstvena politika« ALI »politična dejavnost« ALI »politično odločanje«) IN (»moč« ALI »vpliv«) IN (»zdravstveni delavci« ALI »medicinske sestre«) IN (»politična dejavnost« ALI »politično udejstvovanje« ALI »politična udeležba« ALI »politično sodelovanje«) IN (»vplivi« ALI »dejavniki«). Vključitveni kriteriji, ki smo jih uporabili pri pregledu, podrobneje prikazuje Tabela 1. Izključitveni kriteriji so bili: zadetki, ki niso ustrezali vključitvenim kriterijem, dvojniki, raziskave o zaposlenih v medicini (zdravniki), raziskave z nedostopno analizo ter članki, ki so vsebinsko neskladni z obravnavano temo. Iskanje literature je potekalo decembra 2024.

Rezultati pregleda

S ključnimi besedami smo identificirali 345 zadetkov: 135 v podatkovni bazi CINAHL, 48 v podatkovni bazi Cochrane Library, 32 v podatkovni bazi Scopus, 26 v podatkovni bazi ScienceDirect, sedem v podatkovni bazi PubMed in 97 v podatkovni bazi COBIB. Literaturo smo nadalje uvozili v program Zotero, brezplačno in odprtokodno programsko opremo, ki omogoča citiranje, zbiranje, organiziranje referenc in shranjevanje virov ter s pomočjo programa prepoznali dvojnike ($n = 5$).

Po odstranitvi 261-ih zadetkov, ki tematsko niso ustrezali opredeljenim vključenim kriterijem, je ostalo 79 zadetkov. V prvi fazi pregleda smo pregledali izvlečke in naslove zadetkov ter izločili 56 zadetkov. V nadaljnjo analizo smo vključili triindvajset zadetkov, vendar devetim od teh ni bilo omogočeno dostopati do celotnega besedila. Po pregledu štirinajstih ustreznih zadetkov smo dodatna dva izločili zaradi vsebinske neustreznosti. V končno analizo je bilo vključenih dvanajst člankov. Za prikaz sistematičnosti procesa pregledovanja literature smo uporabili način Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses 2020 (PRISMA) (Page et al., 2021), ki ga predstavlja Slika 1.

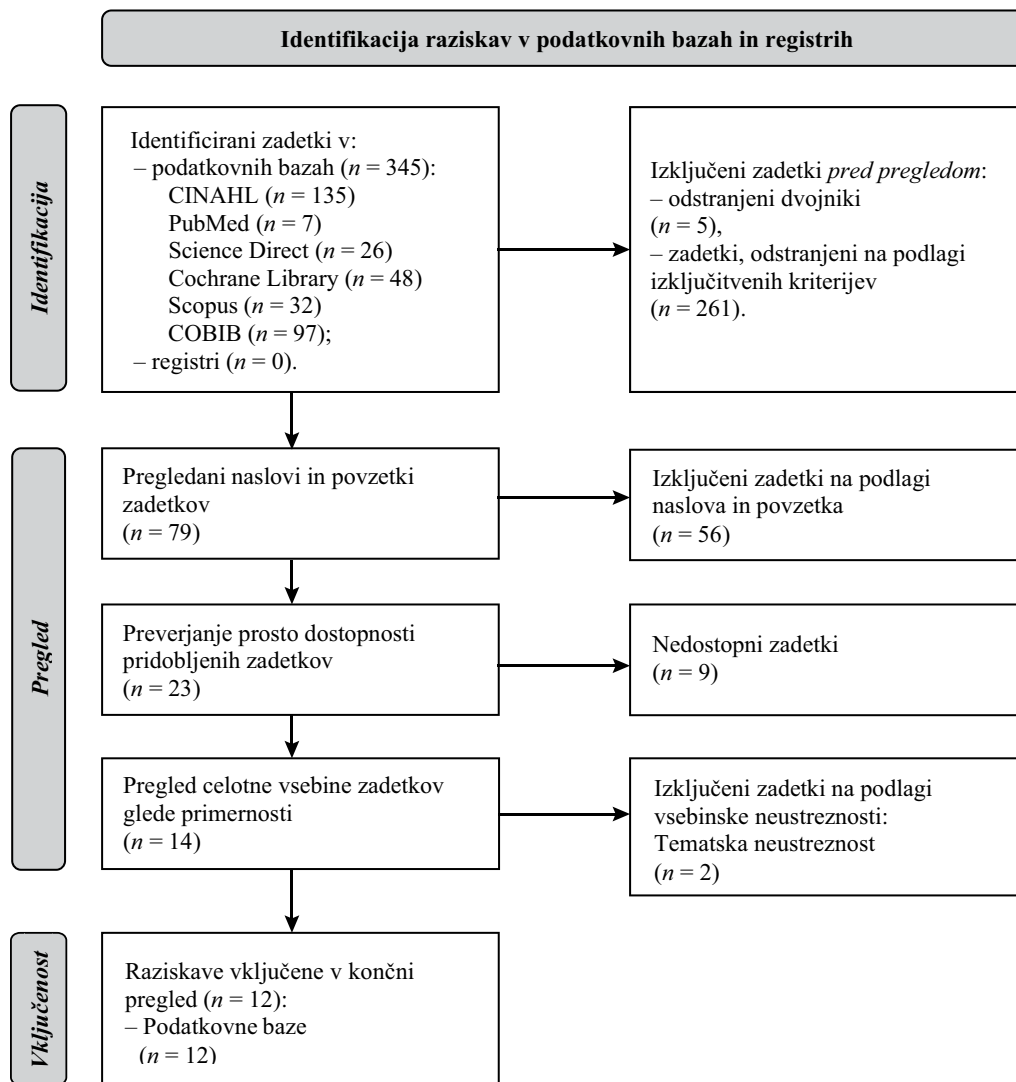
Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Pri iskanju in pregledu člankov sta sodelovali obe avtorici. Da bi ocenili moč dokazov

znanstvenoraziskovalnih del, smo najprej uporabili hierarhijo dokazov po Polit & Beck (2021). Vključeni članki vključujejo presečne raziskave ($n = 5$) (AbuAlRub & Abdunabi, 2020; AbuAlRub & Foudeh, 2017; Alhassan et al., 2020; O'Rourke et al., 2017; Tazebew et al., 2023), kvalitativne raziskave ($n = 5$) (Asuquo, 2019; Ditlopo et al., 2014; Hajizadeh et al., 2021; Juma et al., 2014; Shariff, 2014) in sistematična pregleda literature ($n = 2$) (Benton et al., 2017; Rasheed et al., 2020).

Izbrane članke smo nato ocenili s pomočjo orodja Joanna Briggs Institutes (JBI) (Aromataris & Munn, 2020) in jih ob soglasju obeh avtoric vključili v končno analizo. V delu ocenjevanja z orodji JBI je na razpolago trinajst različnih anketnih vprašalnikov, ki jih uporabimo glede na metodologijo članka. Vsako vprašanje lahko ocenjujemo s tremi možnimi odgovori, kot so: »Da.«, »Ne.« in »Nejasno.«. Vsak odgovor »Da.« je ocenjen z eno točko, vsi ostali so ocenjeni z nič točkami. Za vsako posamezno raziskavo smo izračunali vsoto in odstotek vseh točk. Vrednotenje raziskav smo izvedli z upoštevanjem priporočila avtorjev Camp & Legge (2018), ki raziskavo označujeta kot srednje kakovostno, če dosega 70–79 % kriterijev, navedenih na seznamu posameznih JBI ocenjevalnih orodij, raziskava z 80–90 % doseženih kriterijev spada med visoko kakovostne in raziskava, ki izpolnjuje 90 % in več kriterijev, velja za raziskavo odlične kakovosti. Na podlagi seštevka točk je ocenjena kakovost člankov razdeljena v štiri skupine: slaba kakovost (60–69 %), srednja kakovost (70–79 %), visoka kakovost (80–89 %) in odlična kakovost (nad 90 %).

Z ocenjevalnim orodjem JBI (Tabela 2, Tabela 3, Tabela 4) smo dve raziskavi ocenili s »slabo« kakovostjo (AbuAlRub & Abdunabi, 2020; Benton et al., 2017), pet raziskav s »srednjo« kakovostjo (Alhassan et al., 2020; Hajizadeh et al., 2021; Juma et al., 2014; O'Rourke et al., 2017; Rasheed et al., 2020), štiri raziskave z »visoko« kakovostjo (AbuAlRub & Foudeh, 2017; Ditlopo et al., 2014) in tri raziskave z »odlično« kakovostjo (Asuquo, 2019; Shariff, 2014; Tazebew et al., 2023).



Slika 1: Diagram pregleda literature (Page et al., 2021)

Tabela 2: Tabela s kritično oceno člankov za presečne raziskave

JBIC A orodje ACSS	1	2	3	4	5	6	7	8	Skupna kritična ocena
AbuAlRub & Abdulnabi, 2020 Jordanija	D	D	D	NJ	D	N	NJ	D	5/8
AbuAlRub & Foudeh, 2017 Jordanija	D	D	D	NJ	D	D	D	D	7/8
Alhassan et al., 2020 Gana	D	D	D	D	NJ	N	D	D	6/8
O'Rourke et al., 2017 ZDA	D	D	D	D	N	N	D	D	6/8
Tazebew et al., 2023 Etiopija	D	D	D	D	D	D	D	D	8/8

Legenda: ACSS – Analitične presečne raziskave; CA – kritična presoja; D – Da.; N – Ne.; NJ – Nejasno.; 1 – Ali so bila merila za vključitev v vzorec jasno opredeljena?; 2 – Ali so bili udeleženci raziskave in okolje podrobno opisani?; 3 – Ali je bila izpostavljenost izmerjena na veljaven in zanesljiv način?; 4 – Ali so bila za merjenje stanja uporabljena objektivna, standardna merila?; 5 – Ali so bili ugotovljeni moteči dejavniki?; 6 – Ali so bile navedene strategije za obvladovanje motečih dejavnikov?; 7 – Ali so bili rezultati merjeni na veljaven in zanesljiv način?; 8 – Ali je bila uporabljena ustrezna statistična analiza?

Tabela 3: Tabela s kritično oceno člankov za kvalitativne raziskave

<i>JB</i> <i>CA</i> orodje QR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Skupna kritična ocena
Asuquo, 2019 Kanada	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	10/10
Ditlopo et al., 2014 Južna Afrika	D	D	D	D	D	D	N	NJ	D	D	8/10
Hajizadeh et al., 2021 Iran	D	D	D	D	D	NJ	NJ	N	D	D	7/10
Juma et al., 2014 Kenija	D	D	D	D	D	N	N	N	D	D	7/10
Shariff, 2014 Kenija	D	D	D	D	D	D	D	N	D	D	9/10

Legenda: QR – kvalitativna raziskava; CA – kritična presoja; D – Da.; N – Ne.; NJ – Nejasno.; 1 – Ali obstaja skladnost med navedeno filozofsko perspektivo in raziskovalno metodologijo?; 2 – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo in raziskovalnim vprašanjem ali cilji?; 3 – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo in metodami, uporabljenimi za zbiranje podatkov?; 4 – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo ter predstavitevjo in analizo podatkov?; 5 – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo in razlago rezultatov?; 6 – Ali obstaja izjava, ki raziskovalca kulturno ali teoretično umešča?; 7 – Ali je obravnavan vpliv raziskovalca na raziskavo in obratno?; 8 – Ali so udeleženci in njihovi glasovi ustrezno zastopani?; 9 – Ali je raziskava etična v skladu z veljavnimi merili ali za nedavne raziskave in ali obstajajo dokazi o etični odobritvi od ustreznega organa?; 10 – Ali sklepi v raziskovalnem poročilu izhajajo iz analize ali razlage podatkov?

Tabela 4: Tabela s kritično oceno člankov za sistematične preglede literature

<i>JB</i> <i>CA</i> orodje SR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Skupna kritična ocena
Benton et al., 2017 ZDA	D	D	D	D	D	NJ	N	D	N	N	D	7/11
Rasheed et al., 2020 Pakistan	D	D	D	D	D	D	NJ	N	N	D	D	8/11

Legenda: SR – Sistematični pregled; CA – kritična presoja; D – Da.; N – Ne.; NJ – Nejasno.; 1 – Ali je raziskovalno vprašanje jasno definirano?; 2 – Ali so vključitveni kriteriji primerni oz. skladno z raziskovalnim vprašanjem?; 3 – Ali je iskalna strategija ustrezna?; 4 – Ali so bili vključeni primerni viri in primerne podatkovne baze?; 5 – Ali so bila merila za ocenjevanje raziskav ustrezna?; 6 – Ali je bila kritična ocena, opravljena neodvisno od dveh ali več recenzentov?; 7 – Ali so navedene metode za zmanjševanje napak pri pridobivanju podatkov?; 8 – Ali so bile uporabljene primerne metode za združevanje raziskav?; 9 – Ali je bila ocenjena pristranost objave?; 10 – Ali so bila podana priporočila za zdravstveno politiko in/ali prakso podprta od rezultatov?; 11 – Ali so bili podani nadaljnji predlogi za raziskovanje?

Tematsko analizo virov smo izvedli s kodiranjem rezultatov. Pri tem smo uporabili odprto kodiranje, kar pomeni, da smo vsebini virov, ki je pomembna za naše cilje, dodeljevali kode. Pomensko podobne kode smo na koncu združili v vsebinska področja oziroma kategorije (Aveyard, 2019; Saldana, 2015).

Rezultati

Rezultati so bili pridobljeni iz dvanajstih člankov, ki opisujejo vključevanje medicinskih sester v proces političnega odločanja. Raziskave so bile objavljene v Jordaniji, Kanadi, Etiopiji, Združenih državah Amerike, Gani, Iranu, Keniji, Pakistanu in Južni Afriki. Podrobnosti in značilnosti pregledanih raziskav predstavlja Tabela 6.

Oblikovali smo štiri kategorije, ki predstavljajo vsebinska področja: (1) prednosti vključevanja medicinskih sester v politično odločanje, (2) slabosti in izzivi politične aktivnosti medicinskih sester, (3) priložnosti za povečanje angažiranosti medicinskih

sester in (4) ovire pri vključevanju medicinskih sester v politični proces (Tabela 5).

Prednosti vključevanja medicinskih sester v politično odločanje

Vključevanje medicinskih sester v politične procese prinaša številne prednosti, ki temeljijo na njihovem strokovnem znanju, neposrednih izkušnjah in sposobnosti povezovanja klinične prakse s političnimi odločitvami. Starost in izkušnje sta se izkazali kot pomembna dejavnika, povezana z višjo stopnjo politične učinkovitosti in samozvesti medicinskih sester (AbuAlRub & Abdulnabi, 2020; O'Rourke et al., 2017). Medicinske sestre z daljšo prakso pogosteje prepoznavajo pomen politične vloge in se aktivneje vključujejo v odločanje. Komunikacija in sodelovanje med zdravstvenimi delavci omogočata prenos izkušenj in informacij z delovnega okolja v politične razprave, s čimer medicinske sestre prispevajo k bolj usklajenim in učinkovitim politikam (Ditlopo et al., 2014;

Tabela 5: *Razporeditev kod po kategorijah*

Kode	Avtorji
<i>Kategorija 1 – prednosti vključevanja medicinskih sester v politično odločanje</i> starost – izkušnje – komunikacija – sodelovanje – politična aktivnost – oblikovanje zdravstvenega sistema – zagovornišтво –kompetence	AbuAlRub & Abdulnabi, 2020; AbuAlRub & Foudeh, 2017; Ditlopo et al., 2014; Hajizadeh et al., 2021; O'Rourke et al., 2017; Rasheed et al., 2020; Tazebew et al., 2023
<i>Kategorija 2 – prepoznane slabosti pri medicinskih sestrah za politično aktivacijo</i> stopnja vključenosti – pasivna vloga – znanje – politične spretnosti – politična moč – podpora – pomanjkanje časa – strah	AbuAlRub & Abdulnabi, 2020; AbuAlRub & Foudeh, 2017; Alhassan et al., 2020; Asuquo, 2019; Benton et al., 2017; Ditlopo et al., 2014; Juma et al., 2014; Rasheed et al., 2020; Tazebew et al., 2023.
<i>Kategorija 3 – priložnosti za povečanje angažiranosti medicinskih sester</i> izobraževanje –povezovanje – vodenje – politična mreža – opolnomočenje – reforma	AbuAlRub & Foudeh, 2017; Alhassan et al., 2020; Asuquo, 2019; Benton et al., 2017; Hajizadeh et al., 2021; Juma et al., 2014; Rasheed et al., 2020; Shariff, 2014; Tazebew et al., 2023.
<i>Kategorija 4 – ovire pri vključevanju medicinskih sester v politični proces</i> pomanjkanje mentorstva – zdravniki – finančna sredstva – marginalizacija – organizacijska struktura – pasiven menedžment – družbena moč – vodje	AbuAlRub & Abdulnabi, 2020; AbuAlRub & Foudeh, 2017; Alhassan et al., 2020; Asuquo, 2019; Benton et al., 2017; Ditlopo et al., 2014; Hajizadeh et al., 2021; Juma et al., 2014; O'Rourke et al., 2017; Shariff, 2014; Rasheed et al., 2020; Tazebew et al., 2023.

Hajizadeh et al., 2021). Kot pomembna prednost se poudarja politično aktivnost, ki medicinskim sestram omogoča, da vplivajo na oblikovanje zdravstvenega sistema ter s svojim znanjem prispevajo k izboljšanju kakovosti oskrbe (Rasheed et al., 2020; Tazebew et al., 2023). Sodelovanje pri oblikovanju zdravstvenega sistema povečuje prepoznavnost stroke in utrjuje njen vpliv na politične procese (AbuAlRub & Foudeh, 2017). Pomembno vlogo ima tudi zagovornišтво, saj medicinske sestre pogosto zastopajo interese pacientov in vplivajo na vključitev njihovih potreb v politične odločitve (Hajizadeh et al., 2021; Rasheed et al., 2020). Raziskave poudarjajo tudi pomen strokovnih kompetenc, ki medicinskim sestram omogočajo, da s strokovnim znanjem in etičnim delovanjem vplivajo na oblikovanje kakovostnih zdravstvenih politik (Tazebew et al., 2023).

Prepoznane slabosti za politično aktivacijo pri medicinskih sestrah

Raven vključevanja medicinskih sester v procese oblikovanja zdravstvenih politik ostaja omejena, saj se njihova vloga večinoma uresničuje na izvedbeni in ne na strateški ravni odločanja (AbuAlRub & Foudeh, 2017; Juma et al., 2014). Znanje in politične spretnosti so pogosto nezadostne, kar omejuje razumevanje političnih procesov in zmanjšuje vpliv stroke (Benton et al., 2017; Rasheed et al., 2020). Politična moč medicinskih sester ostaja omejena, predvsem zaradi hierarhičnih odnosov in prevlade zdravniške profesije, kar zmanjšuje njihov vpliv na oblikovanje zdravstvenih politik (Ditlopo et al., 2014). Institucionalna podpora za njihovo politično udejstvovanje je hkrati nezadostna, kar se kaže v pomanjkanju spodbud, finančnih virov in formalnih priložnosti za sodelovanje v političnih procesih (Alhassan et al., 2020). Pomanjkanje časa

in preobremenjenost z delovnimi ter družinskimi obveznostmi so dodatne omejitve za vključevanje v politične aktivnosti (AbuAlRub & Abdulnabi, 2020; Alhassan et al., 2020). V številnih okoljih politično udejstvovanje medicinskih sester zavirajo občutki strahu pred negativnimi odzivi nadrejenih in posledičnimi sankcijami, kar krepi njihovo zadržanost in zmanjšuje pripravljenost za sodelovanje v političnih dejavnostih (Asuquo, 2019; Rasheed et al., 2020).

Priložnosti za povečanje politične angažiranosti medicinskih sester

Izobraževanje se kaže kot temeljna priložnost za razvoj političnih kompetenc in zagovorniških spretnosti. Avtorji predlagajo vključitev vsebin s področij politike, zakonodaje in vodenja v programe zdravstvene nege, kar bi okrepilo razumevanje političnih procesov in pripravljenost na sodelovanje (Benton et al., 2017; Hajizadeh et al., 2021). Pomen imata tudi institucionalna podpora in mentorstvo, ki povečujeta motivacijo in zaupanje medicinskih sester pri vključevanju v politične dejavnosti (AbuAlRub & Foudeh, 2017; Alhassan et al., 2020). Povezovanje v strokovne mreže in sodelovanje v združenjih omogočata kolektivno delovanje in večjo prepoznavnost stroke v političnih procesih (Shariff, 2014; Juma et al., 2014; Rasheed et al., 2020). Vodenje predstavlja pomemben dejavnik politične udeležbe, saj usposobljeni vodje zdravstvene nege s strateškim odločanjem in zastopanjem stroke spodbujajo politično ozaveščenost zaposlenih (AbuAlRub & Foudeh, 2017; Hajizadeh et al., 2021). Opolnomočenje krepi samozavest in pripravljenost medicinskih sester za aktivno izražanje stališč ter sodelovanje pri oblikovanju zdravstvenih politik (Asuquo, 2019; Tazebew et al., 2023). Na sistemski ravni so kot

Tabela 6: Značilnosti člankov, vključenih v raziskavo

<i>Avtor, letnica, država</i>	<i>Vrsta raziskave in tehnika zbiranja podatkov</i>	<i>Namen</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
AbuAlRub & Abdulnabi, 2020 Jordanija	presečna raziskava, uporaba vprašalnika	Preučiti ter raziskati povezave in ravni politične učinkovitosti in vključenosti medicinskih sester v zdravstveno politiko.	302 medicinski sestre	Zaznana raven politične učinkovitosti je bila povezana s starostjo in izkušnjami medicinskih sester, kar pomeni, da so tiste z več izkušnjami in višjo starostjo običajno bolj prepričane v svoj vpliv na politične procese v zdravstvu.
AbuAlRub & Foudeh, 2017 Jordanija	presečna raziskava, uporaba vprašalnika	Preučiti stopnjo vključenosti medicinskih sester v razvoj zdravstvene politike in zaznane koristi, ovire in vplive na zdravstvene rezultate.	231 medicinskih sester	Večina udeležencev je imela poleg delovnih tudi družinske obveznosti, zaradi česar bi lahko ostalo malo časa za dejavnosti zdravstvene politike. Pomanjkanje mentorstva medicinskih sester od vodij zdravstvene nege bi lahko negativno vplivalo tudi na njihovo vključenost v razvoj zdravstvene politike.
Alhassan et al., 2020 Gana	presečna preiskava, uporaba vprašalnika	Opredeliti dejavnike, ki krepijo in/ali ovirajo politično udeležbo medicinskih sester.	225 medicinskih sester	Najpogostejše omenjene ovire za politično udejstvovanje so bile pomanjkanje prostega časa, pomanjkanje zaupanja v politike, strah pred konflikti in pomanjkanje izobrazbe. Kot glavne olajševalce političnega udejstvovanja so navedli razpoložljivost prostega časa in denarja, osebno zanimanje za politiko, prepričanje vase in samozavest ter močno strankarsko pripadnost.
Asuquo, 2019 Kanada	kvalitativna raziskava strukturirani intervjuji v dveh fokusnih skupinah	Oceniti medicinske sestre pri izvajanju in oblikovanju politike na jugu Nigerije.	12 medicinskih sester	Ugotovljene so bile individualne (pomanjkanje znanja, pomanjkanje interesa, pomanjkanje mentorjev) in institucionalne ovire (pomanjkanje organizacijske podpore in pomanjkanje sredstev, razlike v družbeni moči, razslojenost med zaposlenimi).
Benton, Maaitah & Gharaibeh, 2017 ZDA	sistematičen pregled literature	Raziskati stanje v zvezi s podporo prizadevanja večje vključenosti zdravstvene nege v politične procese.	45 člankov	Številni izobraževalni programi so se osredinili na razvijanje razumevanja zakonodajne politike in političnih procesov, razvoj političnih kompetenc na skupinski in institucionalni ravni je bil prezrt.
Ditlopo et al., 2014 Južna Afrika	kvalitativna raziskava, polstrukturirani intervjuji	Analizirati dinamiko, prednosti in slabosti sodelovanja medicinskih sester pri štirih nacionalnih politikah.	73 medicinskih sester	Velika ovira je bil položaj zdravstvene nege v zdravstveni hierarhiji in organizacijskih strukturah, pomanjkanje ozaveščenosti ter demoralizacija medicinskih sester.
Hajizadeh et al., 2021 Iran	kvalitativna raziskava, polstrukturirani intervjuji	Raziskati ovire in dejavnike v zvezi s sodelovanjem vodij medicinskih sester v procesu oblikovanja zdravstvene politike.	16 medicinskih sester	Ovire za sodelovanje medicinskih sester pri oblikovanju zdravstvene politike se delijo na individualno raven (pomanjkanje znanja in kompetenc, časa in podpore, strah pred povračilnimi ukrepi) in organizacijsko raven (omejena moč medicinskih sester, konservativne težnje organizacij, hierarhija in pomanjkanje virov).
Juma et al., 2014 Kenija	kvalitativna raziskava, polstrukturirani intervjuji	Kritično preučiti, kako so bile medicinske sestre vključene v nacionalne politične procese v kenijemskem zdravstvenem sektorju.	32 medicinskih sester	Medicinske sestre niso vključene v proces razvoja politik na nacionalni ravni. Hierarhije in strukturni dejavniki so bili glavne ovire, ki so omejevale vključevanje medicinskih sester v politične procese. Medicinske sestre nimajo dovolj znanja in spretnosti ter ne morejo zagotoviti zadostnih raziskovalnih dokazov za skupno ukrepanje in sprejemanju političnih odločitev.

Se nadaljuje

<i>Avtor, letnica, država</i>	<i>Vrsta raziskave in tehnika zbiranja podatkov</i>	<i>Namen</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>
O'Rourke et al., 2017 ZDA	presečna raziskava, uporaba vprašalnika	Opisati politično aktivnost in politično udeležbo ter pridobiti vpogled v dejavnike, povezane s političnim interesom.	632 medicinskih sester	Dejavniki, povezani z vključevanjem medicinskih sester v politično odločanje, vključujejo višjo starost, mentorstvo na področju zdravstvene politike in posebno izobraževanje o zdravstveni politiki, kar pozitivno vpliva na notranjo politično učinkovitost in sodelovanje.
Rasheed et al., 2020 Pakistan	sistematičen pregled literature	Ugotoviti izzive medicinskih sester, obseg vključenosti in vpliv vključenosti v politiko in oblikovanje politike.	22 člankov	Dejavniki so slaba in ženstvena podoba zdravstvene nege, nemoč pri sodelovanju in vplivanju na sprejemanje političnih odločitev, marginalizacija poklica zdravstvene nege, prevlada moških (zlasti zdravnikov) ter pomanjkanje zaupanja, mentorstva in znanja medicinskih sester na področju oblikovanja politik.
Shariff, 2014 Kenija	kvalitativna raziskava, uporaba vprašalnika	Preučiti spodbude in ovire za sodelovanje medicinskih sester pri razvoju zdravstvene politike v Keniji, Ugandi in Tanzaniji.	37 medicinskih sester	Med spodbujevalce spadajo: vključenost v razvoj zdravstvene politike, znanje in veščine, izboljšanje podobe zdravstvene nege ter omogočanje struktur in procesov. Med ovire spadajo pomanjkanje vključenosti, negativna podoba zdravstvene nege ter strukture in procesi, ki jih izključujejo.
Tazebew et al., 2023 Etiopija	presečna raziskava, uporaba vprašalnika	Oceniti vključenost vodij medicinskih sester pri sprejemanju političnih odločitev in z njimi povezane dejavnike pri delu.	176 medicinskih sester	Dejavniki, kot so znanje, veščine, podpora in institucionalne strukture, pozitivno vplivajo na vključenost vodij zdravstvene nege v politično odločanje, medtem ko neustrezni viri, pomanjkanje znanja, negativna podoba zdravstvene nege in pomanjkanje sodelovanja delujejo kot ovire.

dolgoročna priložnost poudarjene organizacijske reforme, ki bi medicinskim sestram omogočile formalno vključevanje v procese odločanja in zmanjšale hierarhične razlike v zdravstvenem sistemu (Hajizadeh et al., 2021; Rasheed et al., 2020).

Ovire pri vključevanju medicinskih sester v politični sistem

Raziskave kažejo, da medicinske sestre pri vključevanju v politične procese omejuje veliko medsebojno povezanih ovir. Pomanjkanje mentorstva in institucionalne podpore zmanjšuje možnosti za razvoj političnih znanj in spretnosti, zlasti med mlajšimi medicinskimi sestrami (AbuAlRub & Foudeh, 2017; Asuquo, 2019). Hierarhični odnosi med zdravniki in medicinskimi sestrami ostajajo ena ključnih ovir, saj omejujejo avtonomijo in vpliv medicinskih sester v procesih odločanja (Ditlopo et al., 2014; Hajizadeh et al., 2021; Rasheed et al., 2020). Finančna sredstva so pogosto nezadostna za dodatno izobraževanje ali udeležbo v političnih dejavnostih (Alhassan et al., 2020; Benton et al., 2017). Pomanjkanje podpore in prepoznavnosti poklica vplivata na njegovo marginalizacijo ter zmanjšujeta družbeni in politični vpliv medicinskih sester (Rasheed et al., 2020; Shariff, 2014). Organizacijske strukture v

zdravstvenih ustanovah so pogosto rigidne, vodje pa imajo omejene pristojnosti in le redko spodbujajo politično opolnomočenje zaposlenih (AbuAlRub & Abdunabi, 2020; O'Rourke et al., 2017; Tazebew et al., 2023).

Diskusija

S sistematičnim pregledom literature smo proučili vključevanje medicinskih sester v zdravstveno politiko in opisali dejavnike, ki se povezujejo s sodelovanjem pri političnem odločanju. Dejavniki, povezani z vključevanjem medicinskih sester v politični proces odločanja, vključujejo celostno razumevanje potreb in izzivov pacientov, aktivno prisotnost zdravstvenih delavcev kot ključnih akterjev v političnem procesu, uporabo strokovnega znanja in etičnih načel za oblikovanje zdravstvene politike ter razvoj političnih spretnosti.

Vključitev medicinskih sester v politični proces prinaša številne prednosti, ki temeljijo na njihovi edinstveni vlogi in znanju v zdravstvenem sektorju. Kot ključni akterji v sistemu zdravstvenega varstva medicinske sestre neposredno delujejo tudi na terenu in so v neposrednem stiku s pacienti ter vsakodnevnimi izzivi zdravstvenih obravnav (Hajizadeh et al., 2021). Ta neposredna izkušnja jim omogoča celovito

razumevanje potreb in težav, s katerimi se srečujejo pacienti in zdravstveni delavci, kar prispeva k bolj informiranim političnim odločitvam v zdravstvenem sektorju (Chiu et al., 2021). Raziskava O'Rourke et al. (2017) poudarja tudi pomen zdravstvenih delavcev pri zagovarjanju sprememb politike, zlasti pri odpravi omejevalnih predpisov, ki omejujejo njihovo prakso. Njihova vključitev kot ključen deležnik na političnem področju omogoča tudi, da postanejo glas pacientov ter zagovorniki za izboljšanje kakovosti in dostopnosti zdravstvenih storitev (Masfield et al., 2021; Rasheed et al., 2020). Zagovorništvo se pri tem kaže kot ena izmed osrednjih kompetenc naprednih vlog medicinskih sester, saj omogoča učinkovito zastopanje interesov pacientov in stroke. Carter et al. (2025) poudarjajo, da razvoj teh kompetenc temelji na konkretnih, dokazno podprtih strategijah političnega delovanja, ki so prenosljive in uporabne v različnih zdravstvenih sistemih.

Medicinske sestre dojemajo politiko in predpise kot temeljne okvire, ki omogočajo učinkovito in nemoteno delovanje zdravstvenega sistema (Acheampong et al., 2021; Tazebew et al., 2023). Večina jih meni, da je zelo pomembno, da poznajo in so osveščene o političnih vprašanjih, da so politično aktivne ter razumejo, da je politika tudi njihova skrb (Avolio, 2014; Hajizadeh et al., 2021). Medicinske sestre lahko s svojim strokovnim znanjem in etičnimi načeli pomembno vplivajo na oblikovanje politik, ki podpirajo varnost, dostojanstvo in dobrobit pacientov ter celotne skupnosti. Njihova prisotnost v političnem procesu omogoča boljše reprezentacijo interesov pacientov in zdravstvenih delavcev, kar vodi k bolj učinkovitim in pravičnim političnim odločitvam v zdravstvenem sektorju (AbuAlRub & Foudeh, 2017; Ditlopo et al., 2014).

Raziskave (AbuAlRub & Abdulnabi, 2020; AbuAlRub & Foudeh, 2017; Benton et al., 2017; Juma et al., 2014; Rasheed et al., 2020) kažejo, da je problematično predvsem (ne)vključevanje medicinskih sester v fazi razvoja zdravstvene politike. Po Rasheed et al. (2020) se medicinske sestre, ki sodelujejo pri razvoju politike, osredotočajo predvsem na promocijo zdravja ter na krepitev vloge medicinskih sester in zdravstvene nege.

Ker imajo medicinske sestre pri oblikovanju politike večinoma pasivno vlogo (AbuAlRub & Foudeh, 2017; Juma et al., 2014) in se namesto na razvoj osredinijo predvsem na izvajanje politike (Hajizadeh et al., 2021), se dosežki na področju zdravstvene politike pogosto pripisujejo zdravnikom (Shariff, 2014). Predpogoj za vključenost v razvoj zdravstvene politike je ustrezno razumevanje zdravstvenih vprašanj in zakonov (AbuAlRub & Abdulnabi, 2020; AbuAlRub & Foudeh, 2017), kar pomeni, da bi večjo motiviranost za politično udejstvovanje lahko pričakovali pri bolj izobraženih medicinskih sestrah (Asuquo, 2019; Ditlopo et al., 2014).

Kljub temu da je udeležba medicinskih sester pri oblikovanju zdravstvenih politik še vedno razmeroma nizka, jo je mogoče bistveno okrepiti z vzpostavitvijo

ustrezne organizacijske podpore, formaliziranih vlog v posvetovalnih telesih, z dostopom do relevantnih podatkov ter z razvojem učinkovitih mentorskih oblik voditeljstva (Smith et al., 2025). Raziskave potrjujejo, da sistematično razvijanje političnih kompetenc v okviru izobraževalnih programov in delovnega okolja – z vključevanjem simulacij, zakonodajnih projektov in mentorskih shem – pomembno prispeva k večji stopnji politične participacije medicinskih sester ter krepitvi njihove vloge v procesih oblikovanja zdravstvene politike (Lee & Choi, 2022).

Med slabosti lahko razen nizke osveščenosti v in o politiki štejemo tudi pomanjkanje motivacije za politično dejavnost (Avolio, 2014; O'Rourke, 2017), pomanjkanje izobrazbe (Alhassan et al., 2020), pomanjkanje prostega časa in finančnih sredstev ter družinske odgovornosti (AbuAlRub & Abdulnabi, 2020; Alhassan et al., 2020). Medicinske sestre bi morale prepoznati, da njihovo strokovno znanje, presoja in vpliv na politiko (Tazebew et al., 2023) lahko pomagajo doseči skupne cilje, povezane s kakovostjo zdravstvene oskrbe pacientov in večjo učinkovitost zdravstvenega sistema (Aarabi et al., 2015; Benton et al., 2017). Raziskave (AbuAlRub & Abdulnabi, 2020; Ahoya et al., 2016; O'Rourke et al., 2017) so pokazale, da imajo starejše in bolj izkušene medicinske sestre boljše prepričanje o lastni politični učinkovitosti. Mentorska podpora in sistematično razvijanje političnih veščin lahko pomembno prispevata k večji notranji politični učinkovitosti, zlasti pri mlajših medicinskih sestrah, saj spodbujata samozavest, občutek vpliva in pripravljenost za aktivno sodelovanje v procesih odločanja (Han et al., 2025).

Povezovanje, enotnost, vodenje, izboljšanje političnih mrež in političnih veščin medicinskih sester, učinkovita komunikacija in opolnomočenje so v literaturi navedeni kot bistveni dejavniki za povečanje vključenosti medicinskih sester v zdravstveno politiko (Shariff, 2014). O podobnih ugotovitvah so poročali Alhassan et al. (2020), da so prosti čas in denar, osebno zanimanje za politiko in samozavest ključni dejavniki, ki spodbujajo politično sodelovanje. Arabi et al. (2015) menijo, da medicinske sestre šele s pridobljeno politično spretnostjo lahko aktivno analizirajo organizacijski proces in zdravstvene storitve.

Tazebew et al., (2023) so poudarili pomembnost izobraževanja medicinskih sester in nujnost krepitve povezave med prakso in prosveto. Hajizadeh et al. (2021) so ugotovili, da so nižja stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi, strah pred izgubo vodilnega položaja in pomanjkanje vodstvenih kompetenc le nekateri od dejavnikov, ki povzročajo neodločnost pri vključevanju v razvoj politike. Krepitev izobraževanja na področju politike in samozvesti medicinskih sester lahko bistveno povečata njihovo politično udejstvovanje, ki je ključno za zagovarjanje zdravstvenih politik, ki koristijo tako stroki kot javnosti (Alhassan et al., 2020). V okviru izobraževanja bi morale medicinske sestre

usvojiti večine odločanja in političnega zagovorništva (Benton et al., 2017), predvsem pa bi bilo treba izboljšati iniciativnost zaposlenih v zdravstveni negi (Rasheed et al., 2020) in jih pozvati k sodelovanju v razpravah o političnih vprašanjih na področju zdravstvene nege (AbuAlRub & Foudeh, 2017; Asuquo, 2019). Da bi izboljšale svoje sposobnosti za razumevanje, razvoj in uporabo političnega znanja, avtorji (Juma et al., 2014) priporočajo predvsem povečanje raziskovalne zmogljivosti medicinskih sester.

Čeprav v mednarodnem prostoru obstajajo izobraževalni programi, ki spodbujajo razumevanje zakonodajne politike in politične procese v zdravstveni negi, ostaja razvoj teh kompetenc na timski in institucionalni ravni pogosto prezrt (Benton et al., 2017).

Institucionalne ovire vključujejo neustrezno izobrazbo, šibko poklicno identiteto medicinskih sester – ki se kaže v nizkem samozavedanju o pomenu in vplivu njihove vloge v političnih procesih – omejen socialni kapital na delovnem mestu in neustrezno podporo za sodelovanje v politiki (AbuAlRub & Foudeh, 2017; Asuquo, 2019; Hajizadeh et al., 2021; Shariff, 2014). Visokošolske ustanove, zdravstveni zavodi ter regulativni in strokovni organi bi morali medicinske sestre pripraviti in spodbujati, naj delajo kot oblikovalke politik in ne le kot njene izvajalke (Alhassan et al., 2020; Rasheed et al., 2020).

Med izvajalci zdravstvene nege zaradi različnih stopenj izobrazbe vlada velika razslojenost (Reeves & Mackenbach, 2019). Medicinske sestre so vključene v različna strokovna združenja z različnimi vodstvi, pri čemer delujejo v številnih različnih zdravstvenih okoljih in timih, kar otežkoča enotno zastopanje njihovih interesov oziroma pristop k oblikovanju politike (Juma et al., 2014). Barzegar Safari et al. (2020) poudarjajo vpliv nesoglasij in pomanjkanje podpore na delovnem mestu – hierarhija znotraj zdravstvene nege in razporeditev moči v zdravstvenem sektorju ovirata sodelovanje med skupinami in onemogočata, da bi medicinske sestre nastopale enotno (Asuquo, 2019; Rasheed et al., 2020). Kot pravi Ditlopo et al. (2014), to negativno vpliva na doajanje medicinskih sester od zunanjih akterjev, zlasti ključnih odločevalcev.

Avtorji (Alhassan et al., 2020; Ditlopo et al., 2014; Tazebew et al., 2023) ugotavljajo, da je ena od težav v šibkem izobraževanju, kar je povezano predvsem s pomanjkanjem usposobljenih učiteljev na političnem področju. Pomanjkanje usposabljanja in mentoriranja v procesih oblikovanja politik je bilo ugotovljeno v več raziskavah (AbuAlRub & Foudeh, 2017; Asuquo, 2019;). Asuquo (2019) in Juma et al. (2014) so celo ugotovili, da so vodilne medicinske sestre zavračale mentorstvo mlajšim kolegicam ali so jih popolnoma prezirale, da bi pokazale svojo prevlado. Benton et al. (2017) so opozorili, da je prav mentorstvo študentom zdravstvene nege ključno za povečanje zanimanja, motivacije in sodelovanja v politiki. Usposabljanje medicinskih sester na dodiplomski in podiplomski

ravni za razvoj politik bi se moralo začeti na ravni njihovih enot in organizacij, za kar bi morale poskrbeti izobraževalne ustanove in zdravstvene organizacije, nato pa bi jih bilo treba pripraviti še za vključevanje na sistemski in nacionalni ravni (AbuAlRub & Foudeh, 2017; Asuquo, 2019). Tako »skupinsko zagovorništvo« (Asuquo, 2019) in kolektivno delovanje lahko odpravita nemoč in marginalizacijo, ki ju medicinske sestre zdaj doživljajo v politiki.

Na organizacijsko strukturo v zdravstvenem sektorju v določenih okoljih vplivajo omejene pristojnosti vodij v zdravstveni negi, odpor organizacij zdravstvene nege do reform in sprememb zaradi njihove konservativne naravnosti ter izključevanje medicinskih sester iz odločanja v politiki (Acheampong et al., 2021; Asuquo, 2019; Ditlopo et al., 2014; Shariff, 2014). Največji problem kolektivnega delovanja obstaja med poklicnima skupinama zdravnikov in izvajalcev zdravstvene nege, saj so medicinske sestre v zdravstvenem sistemu močno podrejene zdravnikom (Hajizadeh et al., 2021). Odnos med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki je neenakopraven in neučinkovit ter ovira spremembe v razvoju zdravstvene nege in posledično sistemu zdravstvenega varstva (Acheampong et al., 2021; Tazebew et al., 2023). V primerjavi z zdravniki so medicinske sestre v neenakem družbenem položaju, so pasivne in nesamozavestne (Ditlopo et al., 2014), položaj menedžmenta zdravstvene nege je oslavljen zlasti v tem, da je imenovanje pod vplivom medicine (Clarke et al., 2021).

V prispevku smo predstavili pregled literature v angleškem in slovenskem jeziku iz publikacij, ki so bile prostodostopne in objavljene v izbranem časovnem obdobju. Zaradi zastavljenih omejitev obstaja možnost, da smo izločili nekatere pomembne raziskave. Dokazov višjega hierarhičnega nivoja (metaanalize in randomizirane raziskave) nismo našli. Izbrane raziskave se razlikujejo glede na organizacijo zdravstvenega sistema in kulturo v posameznih državah, pri čemer nobena ne izvira iz srednjeevropskega prostora. To predstavlja metodološko omejitev pregleda, vendar hkrati kaže na potrebo po nadaljnjem raziskovanju političnega udejstvovanja medicinskih sester tudi v tej okoliščini, pri kateri je tovrstnih raziskav zelo malo oziroma jih primanjkuje. Nadaljnje raziskave bi lahko obravnavale vpliv interpersonalnih dinamik in organizacijske kulture na politično udejstvovanje medicinskih sester ter preučile, kako digitalne tehnologije in mednarodne organizacije vplivajo na njihovo politično mobilizacijo.

Zaključek

Profesija zdravstvene nege bi lahko imela velik vpliv na zdravstveno politiko, saj medicinske sestre veliko delovnega časa preživijo s pacientom in dobro razumejo potrebe ljudi ter imajo vpogled, kaj v praksi

deluje in kaj ne. Eden od izzivov, s katerimi se soočajo, je vplivanje na zdravstveno politiko v fazi njenega oblikovanja in ne zgolj v fazi izvajanja.

Stopnja vključenosti medicinskih sester v oblikovanje zdravstvene politike je v številnih državah na nizki ravni. Za uspešno oblikovanje in vplivanje na spremembe zdravstvene politike medicinske sestre namreč potrebujejo podporo. Razen pridobivanja širše razgledanosti, kompetenc in motivacije v politiki mora mentorstvo za medicinske sestre vključevati tudi podporo pri razvijanju samozvesti in spretnosti za učinkovito zagovarjanje lastnih prepričanj. Fakultete s programi zdravstvene nege bi morale v učne načrte vključevati izobraževanje o zdravstveni politiki in spodbujati določeno stopnjo politične aktivnosti študentov. Ker številne raziskave poudarjajo pomanjkanje časa in institucionalne podpore kot pomembni oviri za politično udejstvovanje medicinskih sester, bi morali delodajalci aktivno omogočiti ustrezne pogoje, vključno s časom in priložnostmi, za njihov vpliv na oblikovanje politik.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva avtorica je pod mentorstvom druge avtorice pripravila raziskovalni predlog, načrt raziskave, izvedla raziskavo in napisala besedilo članka. Druga avtorica je v vseh fazah raziskovalnega procesa sodelovala kot oseba, odgovorna za metodološko ustreznost, sodelovala je tudi pri pisanju članka./Under the mentorship of the second author the first author prepared a research proposal and research plan, carried out the survey, and drafted the manuscript. The second author participated in all stages of the research process, ensured methodological rigour, and contributed to manuscript preparation.

Literatura

Aarabi, A., Cheraghi, M. A., & Ghiyasvandian, S. (2015). Modification of nursing education for upgrading nurses' participation: A thematic analysis. *Global Journal of Health Science*, 7(4), 161–172.

<https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p161>

PMid:25946943; PMCID:PMC4802082

AbuAlRub, R. F., & Abdulnabi, A. (2020). Involvement in health policy and political efficacy among hospital nurses in Jordan: A descriptive survey. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 433–440.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12946>

PMid:31891436

AbuAlRub, R. F., & Foudeh, F. N. (2017). Jordanian nurses' involvement in health policy: Perceived benefits and barriers. *International Nursing Review*, 64(1), 13–21.

<https://doi.org/10.1111/inr.12249>

PMid:26889609

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

Ahoya, C. K., Abhichartibuttra, K., & Wichaikhum, O. (2016). Political efficacy and political participation among nurses in tertiary hospitals, the Republic of Kenya. *Journal of Community & Public Health Nursing*, 2, Article 4.

<https://doi.org/10.4172/2471-9846.1000142>

Alhassan, A., Kumi-Kyereme, A., Wombeogo, M., & Fuseini, A.-G. (2019). Nurse participation in political activities: Level and practices of registered nurses in Tamale, Ghana. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 24(2).

<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol24No02PPT63>

Alhassan, A., Siakwa, M., Kumi-Kyereme, A., & Wombeogo, M. (2020). Barriers to and facilitators of nurses' political participation in Ghana. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 21(1), 29–42.

<https://doi.org/10.1177/1527154419899602>

PMid:31955659

Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*.

<https://doi.org/10.46658/IBIMES-20-01>

Asuquo, E. F. (2019). Nurses leadership in research and policy in Nigeria: A myth or reality? *Journal of Nursing Management*, 27(6), 1116–1122.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12780>

PMid:30980580

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care*. Open University Press.
- Avolio, C. D. (2014). *Political advocacy: Beliefs and practices of registered nurses* [Master's Thesis, Faculty of Nursing, Canada]. Electronic Theses and Dissertations, Paper 5064. <https://hdl.handle.net/20.500.14776/5238>
- Azline, A., Khairul Anuar, A., Iszaid, I., Syamimi, S., Hisham, A. A., & Juni, M. H. (2018). Policy arena of health policy - making process in developing countries. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 5(3). <http://publichealthmy.org/ejournal/ojs2/index.php/ijphcs/article/view/648/0>
- Barzegar Safari, M., Bahadori, M., & Alimohammadzadeh, K. (2020). The related factors of nurses' participation and perceived benefits and barriers in health policy making. *Journal of Nursing Research*, 28(4), Article e103. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000385> PMid:32692120
- Benton, D. C., Maaitah, R. A., & Gharaibeh, M. (2017). An integrative review of pursuing policy and political competence. *International Nursing Review*, 64(1), 135–145. <https://doi.org/10.1111/inr.12275> PMid:27324721
- Camp, S., & Legge, T. (2018). Simulation as a tool for clinical remediation: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 16, 48–61. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.11.003>
- Carter, N. W., Brown, J. A., & Helms, C. (2025). Nurse Practitioners as Policy Leaders: The Art and Strategy of Advocacy. *The Journal for Nurse Practitioners*, 21(8), Article 105468. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2025.105468> PMid: 34787526; PMCID: PMC8600587
- Chiu, P., Cummings, G. G., Thorne, S., & Schick-Makaroff, K. (2021). Policy advocacy and nursing organizations: A scoping review. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 22(4), 271–291. <https://doi.org/10.1177/15271544211050611> PMid:34787526; PMCID:PMC8600587
- Clarke, J. M., Waring, J., Bishop, S., Hartley, J., Exworthy, M., Fulop, N. J., Ramsay, A., & Roe, B. (2021). The contribution of political skill to the implementation of health services change: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Services Research*, 21, Article 260. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06272-z> PMid:33743695; PMCID:PMC7981881
- Ditlopo, P., Blaauw, D., Penn-Kekana, L., & Rispel, L. C. (2014). Contestations and complexities of nurses' participation in policy-making in South Africa. *Global Health Action*, 7(1), Article 25327. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25327> PMid:25537938; PMCID:PMC4275627
- Etowa, J., Vukic, A., Aston, M., Iduye, D., Mckibbin, S., George, A., Nkwocha, C., Thapa, B., Abrha, G., & Dol, J. (2023). Experiences of nurses and midwives in policy development in low- and middle-income countries: Qualitative systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 5, Article 100116. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100116> PMid:38746557; PMCID:PMC11080334
- Hajizadeh, A., Zamanzadeh, V., & Khodayari-Zarnaq, R. (2021). Participation of nurse managers in the health policy process: A qualitative study of barriers and facilitators. *International Nursing Review*, 68(3), 388–398. <https://doi.org/10.1111/inr.12657> PMid:33476458
- Han, M. K., Kim, J., Lee, M., & Shin, S. (2025). Enhancing political competency among nurses and nursing students: A scoping review. *Nurse Education in Practice*, 87, Article 104497. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104497> PMid: 40784136
- International Council of Nurses. (2021). *Nursing policy*. <https://www.icn.ch/nursing-policy>
- Juma, P. A., Edwards, N., & Spitzer, D. (2014). Kenyan nurses involvement in national policy development processes. *Nursing Research and Practice*, 2014, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2014/236573> PMid:25349731; PMCID:PMC4202257
- Kennedy, A. (2018). Together the voice of nurses worldwide: Invisible yet indispensable. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(1), 4–7. <https://10.14528/snr.2018.52.1.225>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Lee, W., & Choi, S. (2022). Educational strategies to encourage participation in health policy for nurses: A systematic review. *Nurse Education Today*, 111, Article 105310. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105310> PMid: 35276536
- Masefield, S. C., Msosa, A., Chinguwo, F. K., & Grugel, J. (2021). Stakeholder engagement in the health policy process in a low income country: A qualitative study of stakeholder perceptions of the challenges to effective inclusion in Malawi. *BMC Health Services Research*, 21, Article 984. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07016-9> PMid:34537033; PMCID:PMC8449519
- Mason, D. J., Dickson, E. L., Perez, A., & McLemore, M. R. (2021). *Policy & Politics in Nursing and Health care* (8th ed.). Elsevier Health Sciences

- Ministrstvo za zdravje (2023, January 20). *Pregled stanja na področju zdravstva v Sloveniji*. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/NOVICE/Zdravstveni-sistem-v-Sloveniji-januar-2023.pdf>
- O'Rourke, N. C., Crawford, S. L., Morris, N. S., & Pulcini, J. (2017). Political efficacy and participation of nurse practitioners. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 18(3), 135–148. <https://doi.org/10.1177/1527154417728514> PMID:29292658
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins
- Rasheed, S. P., Younas, A., & Mehdi, F. (2020). Challenges, extent of involvement, and the impact of nurses' involvement in politics and policy making in in last two decades: An integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(4), 446–455. <https://doi.org/10.1111/jnu.12567> PMID:32450004
- Reeves, A., & Mackenbach, J. P. (2019). Can inequalities in political participation explain health inequalities? *Social Science & Medicine*, 234, Article 112371. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112371> PMID:31254964
- Rewakowski, C., Atav, S., Clancy, H., & MacPherson, M. (2021) Civic engagement in nursing: Measuring participation, reflecting on influences, and harnessing momentum, *Journal of Community Health Nursing*, 38(3), 161–172. <https://doi.org/10.1080/07370016.2021.1932954> PMID:34148431
- Ruru, L., & Xiaoxuan, Z. (2022). The levels and influencing factors in nurses & apos; involvement in the policy: A descriptive literature reviews. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hig:diva-38742>
- Saldana, J. (2015). *An introduction of codes and coding: The coding manual for qualitative researchers* (pp. 1–43). SAGA.
- Salvage, J., & White, J. (2019). Nursing leadership and health policy: Everybody's business. *International Nursing Review*, 66(2), 147–150. <https://doi.org/10.1111/inr.12523> PMID:31124127
- Shariff, N. (2014). Factors that act as facilitators and barriers to nurse leaders' participation in health policy development. *BMC Nursing*, 13(1), Article 20. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-20> PMID: 25053921 ; PMCID: PMC4105513
- Smith, L., Roberts, K. J., Giambra, B., Polfuss, M., Danford, C., Sheppard-Lemoine, D., Schultz, T. R., Winter, N., Mulcaster, A., Alrimawi, I., Honda, J., Brysiewicz, P., Carr, S., & Feetham, S. (2025). Nurses' Engagement in Healthcare Policy Development: An Umbrella Review. *International Nursing Review*, 72(4), Article e70109. <https://doi.org/10.1111/inr.70109> PMID: 41021299
- Tazebew, C., Mulugeta, T., & Boka, A. (2023). Nurse involvement in decision-making and associated factors in selected government hospitals, Addis Ababa, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *SAGE Open Nursing*, 9, Article 23779608231157992. <https://doi.org/10.1177/23779608231157992> PMID:36844421; PMCID:PMC9944178
- Waddell, A. (2020). Measuring nurses' health policy participation: WSPPIR instrument development and psychometric evaluation. *Leading Global Nursing Research*, 77(1), 461–472. <https://doi.org/10.1111/jan.14582> PMID:33068057
- Wilson, D. M., Anafi, F., Kusi-Appiah, E., Darko, E. M., Deck, K., & Errasti-Ibarrondo, B. (2020). Determining if nurses are involved in political action or politics: A scoping literature review. *Applied Nursing Research*, 54, Article 151279. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151279> PMID:32650883
- World Health Organization (2021). *Health systems governance*. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/health-systems-governance>
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714

Citirajte kot/Cite as:

Lekše, R., & Peršolja, M. (2025). Pojasnjevalni dejavniki politične aktivnosti medicinskih sester: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(4), 241–253. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.4.3308>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Religioznost v povezavi z duševnim zdravjem starejših oseb: pregled literature Religiosity and mental health in older adults: A literature review

Lilija Simonič*, Tatjana Ribič¹, Mateja Lorber²

Ključne besede: starejši odrasli; duhovnost; verovanje; psihološko blagostanje

Key words: older adults; spirituality; beliefs; psychological well-being

¹ SeneCura Dom starejših občanov Maribor d.o.o., Cesta Osvobodilne fronte 43, 2000 Maribor, Slovenija

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

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
lilijas24@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Populacija se iz leta v leto stara in sooča s posledicami staranja družbe. Mnogi starejši uporabljajo verske dejavnosti kot način spoprijemanja s stresom, ki jim lahko predstavljajo podporo ter vir smisla in upanja. Namen tega pregleda je bil ugotoviti, kakšna je povezava med religioznostjo na duševnim zdravjem starejših oseb.

Metode: Pregledana je bila znanstvena literatura v mednarodnih podatkovnih bazah MEDLINE, Wiley Online Library, Web of Science, ScienceDirect, SAGE. Potek izbora literature je bil narejen po smernicah PRISMA, pri vključenih raziskavah je bila ocenjena kakovost, ugotovitve pa so bile povzete opisno.

Rezultati: V končni pregled je bilo vključenih sedem raziskav. Oblikovane so bile tri glavne teme: (I) pozitiven vpliv religioznosti, (II) negativen vpliv religioznosti ter (III) verske dejavnosti kot intervencijska podpora. Religioznost in verske dejavnosti lahko delujejo zaščitno, če so povezane s podporo, zdravimi vedenji in občutkom varnosti, ali pa predstavljajo oviro, če temeljijo na strahu in odvrčanju od strokovne pomoči.

Diskusija in zaključek: Nekatere verske dejavnosti (molitev, odpuščanje in druge intervencije) pomembno vplivajo in duševno zdravje. Te dejavnosti lahko starejšim osebam prinesejo razbremenitev, občutek miru, okrepijo socialno mrežo ter vitalnost. Verske dejavnosti lahko imajo podporno vlogo pri zdravljenju določenih duševnih težav, vendar je nujno, da posameznik sodeluje in se strinja z vključevanjem teh vidikov v načrt zdravstvene nege ter da izvajalci zdravstvene nege to upoštevajo v celostnem pristopu v okviru zdravstvene nege.

ABSTRACT

Introduction: Populations are progressively aging and facing the consequences of an aging society. Many older adults use religious activities to cope with stress, as these can provide them with support as well as a source of meaning and hope. The aim of this review was to determine the impact of religiosity on the mental health of older adults.

Methods: A review of the scientific literature was conducted in international databases (MEDLINE, PubMed, Wiley Online Library, Web of Science, ScienceDirect, SAGE). The literature selection process followed PRISMA guidelines. First, the quality of the included studies was assessed, and findings were then summarised descriptively.

Results: Seven studies were included in the final review. Three main themes were identified: (I) positive effects of religiosity, (II) negative effects of religiosity, and (III) religious activities as a potential supportive intervention. Religiosity and religious activities may have a protective role if they are linked to support, healthy behaviours, and a sense of security, but can also present an obstacle if they are based on fear and avoidance of professional help.

Discussion and conclusion: Certain religious activities (such as prayer, forgiveness, and other interventions) have a significant impact on mental health. These activities can bring relief and a sense of peace, strengthen social networks, and improve vitality among older adults. Religious activities can play a supportive role in treating certain mental health conditions, but it is essential that individuals agree and actively participate in including these aspects in the nursing care plan, and that healthcare professionals consider them within a holistic nursing care approach.



Prejeto/Received: 8. 2. 2023
Sprejeto/Accepted: 9. 11. 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

V zadnjih letih po vsem svetu opazamo naraščanje staranja prebivalstva (World Health Organization [WHO], 2024; Zimmer et al., 2016). Starejši se pogosto soočajo s številnimi stresorji, ki spremljajo starostno obdobje, kot so diagnoza terminalne bolezni, izguba partnerja ali prijateljev ter upad telesnih sposobnosti (Horning et al., 2011; Pollak et al., 2023). Staranje pomeni prehod med življenjskimi obdobji, ki ga spremljajo številne spremembe na telesni in psihološki ravni (Aloustani et al., 2021; Sedaghat & Alizadeh, 2018). Med drugim lahko pride do upada kognitivnega funkcioniranja in psiholoških sposobnosti. Dejavniki, kot so visoka starost, izguba bližnjih, fizične bolezni, zmanjšane kognitivne zmožnosti, uporaba zdravil ter naravni in biološki vplivi, lahko pomembno vplivajo na duševno zdravje posameznika (Sedaghat & Alizadeh, 2018).

Razumevanje in prepoznavanje potreb starejših na področju duševnega zdravja omogočata ustrežnejše prilagajanje storitev in podpore (Mohammadi Shahboulaghi et al., 2017). Duševno zdravje igra ključno vlogo pri zagotavljanju kakovosti življenja v starosti (Freire Paulino et al., 2014).

Starejši se pogosteje vključujejo v verske dejavnosti, saj se pri mnogih s starostjo okrepi potreba po verovanju in duhovnosti (Aloustani et al., 2021). Vpliv religioznosti je individualen, verska prepričanja in pogledi lahko pomembno vplivajo na doživljanje in interpretacijo življenjskih dogodkov (Bakhtiari et al., 2018). Proces staranja je pogosto lažji za posameznike, ki so del skupnosti s skupnimi duhovnimi ali kulturnimi vrednotami in lahko še naprej, čeprav v omejenem obsegu, opravljajo vsakodnevne dejavnosti (McManus, 2024; Noronha, 2014).

Religioznost spodbuja iskanje notranjega ravnovesja in posameznikom omogoča boljše soočanje z izolacijo (Freire Paulino et al., 2014; Pollak et al., 2023). Prispeva lahko tudi k zdravemu vedenju ter spodbuja fizično, psihično in duhovno blagostanje (McManus, 2024; Vicente et al., 2018). Verske dejavnosti lahko imajo vlogo pri promociji zdravja, okrevanju in rehabilitaciji, prav tako pa dokazano zmanjšujejo stres in anksioznost, zlasti kadar so te povezane z izkušnjo bližine smrti ali izgube (Sedaghat & Alizadeh, 2018; Vicente et al., 2018; Zimmer et al., 2016). Pozitivno vplivajo tudi na simptome depresije (Vicente et al., 2018; Zimmer et al., 2016). Prav tako imajo verske dejavnosti pomembno vlogo pri soočanju izzivov, povezanih z življenjem, saj mnogim posameznikom nudijo občutek smisla in oporo (Abdaleati et al., 2014; de Oliveira & de Oliva Menezes, 2018; McManus, 2024). Udeležba verskih dejavnosti spodbuja socialno integracijo, regulacijo vedenja, občutek življenjskega smisla in krepitev značaja (Chen et al., 2021; Vicente et al., 2018). Verne osebe pogosto doživljajo večjo socialno podporo, boljše telesno zdravje ter manj

simptomov depresije in anksioznosti (Coelho-Júnior et al., 2022; Moxey et al., 2011). Določene verske dejavnosti, zlasti sodelovanje pri obredih, so povezane tudi z nižjo stopnjo smrtnosti, samomora in depresije (Chen et al., 2021).

Religioznost nudi čustveno in socialno podporo ter pomaga posameznikom pri prilagajanju na krizne situacije (Bakhtiari et al., 2018). Posledično starejši lažje ohranjajo čustveno stabilnost in upanje (Hefti, 2011; McManus, 2024). Religiozno motivirano spoprijemanje z izzivi je bilo večkrat prepoznano kot pomemben dejavnik zdravja, zlasti v okoliščini socialne opore, ki jo nudijo verske skupnosti, in je posebej pomembno pri soočanju s starostnimi težavami (Vicente et al., 2018). Religioznost lahko posameznikom koristi kot strategija aktivnega spoprijemanja s stresom. Pozitivno versko spoprijemanje pomeni, da posameznik sprejme bolezen ali preizkušnjo kot del širšega načrta in zato lažje sprejema težke situacije. Po drugi strani pa lahko negativno versko spoprijemanje, denimo, doživljanje bolezni kot kazni višje sile, vodi v slabše fizično zdravje, več depresivnih simptomov in nižjo kakovost življenja (Chen et al., 2021).

Prav religioznost in udejstvovanje v verskih dejavnostih mnoge starejše osebe uporabljajo kot pomembno strategijo prilagajanja spremembam in spopadanja s stresnimi okoliščinami. Zato je pomembno, da so izvajalci zdravstvene nege pozorni tudi na ta vidik posameznikovega življenja, saj lahko vključevanje duhovnih potreb v načrt obravnave bistveno vpliva na potek zdravljenja in psihološko blagostanje starejših oseb, kar upravičuje potrebo po nadaljnjem raziskovanju tega področja.

Namen in cilji

Namen tega pregleda literature je ugotoviti, kakšna je povezava med religioznostjo in duševnim zdravjem starejših oseb ter katere verske dejavnosti lahko prispevajo k boljšemu duševnemu zdravju starejših oseb. Na tej podlagi smo zastavili raziskovalno vprašanje: V kolikšni meri je religioznost povezana z duševnim zdravjem pri starejših?

Metode

Metode pregleda

Izvedli smo pregled znanstvene in strokovne literature. Uporabljene so bile metode pregleda, analize in sinteze. Za iskanje literature smo uporabili mednarodne podatkovne baze MEDLINE, Wiley Online Library, Web of Science, ScienceDirect in SAGE. Pri iskanju smo uporabili iskalni niz ((elderly OR "older people" OR "older adults" OR "aged") AND ("religio*" OR "religion belief") AND ("mental health" OR "psychological health" OR "psychological well-being"))).

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Kriterij	Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Populacija	starejše osebe nad 60 let	Osebe mlajše od 60 let
Intervencija/	Religioznost	ne vsebuje religioznosti
Izid	Povezanost ali vpliv religioznosti na duševno zdravje starejših.	Ne opisujejo povezanosti ali vpliva religioznosti na duševno zdravje starejših.
Vrste raziskav	Sistematični pregledi oziroma druge vrste preglednih člankov, raziskave, ki temeljijo na kvalitativni, kvantitativni ali mešani metodologiji.	Duplikati, protokoli, konference, uvodniki, ne raziskovalni članki.
Časovni okvir	2011–2022	
Jezik	Angleščina	
Dostopnost člankov	Brez omejitev	

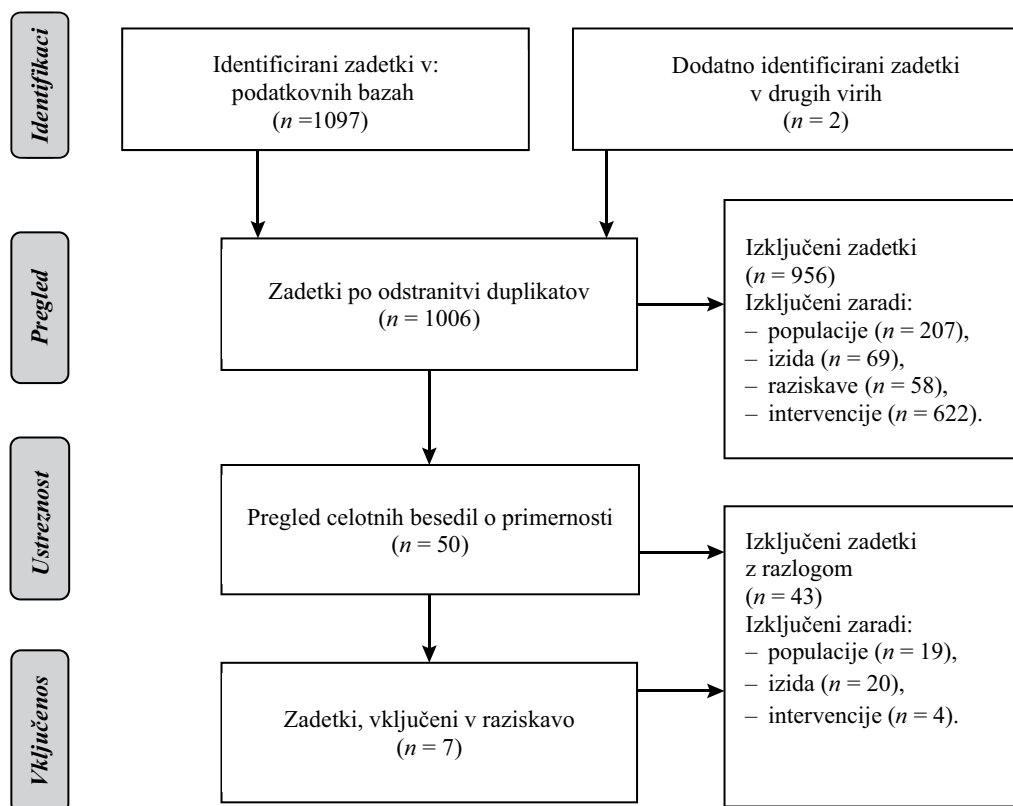
Rezultati pregleda

Na osnovi iskalne strategije smo v podatkovnih bazah identificirali naslednje zadetke: MEDLINE 72, PubMed 4, Web of Science 25, Wiley Online Library 547 in SAGE 449 zadetkov. Dva dodatna zadetka smo pridobili z ročnim iskanjem. Vse zadetke ($n = 1099$) smo uvozili v program Mendeley in odstranili duplikate ($n = 91$). Nato smo preostalih 1006 zadetkov pregledali po naslovu in povzetku ter dodatno izločili še 956 člankov. Preostale članke ($n = 50$) smo pregledali v celoti in izločili 43 člankov zaradi naslednjih razlogov neustrezne intervencije ($n = 4$),

neustrezne teme ($n = 20$), ali neustrezne populacije ($n = 19$). Za končno analizo je ostalo sedem člankov, ki smo jih razvrstili v hierarhijo dokazov po Polit & Beck (2012). Potek iskanja je prikazan v PRISMA-diagramu (Moher et al., 2009) (Slika 1).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Z analizo vsebine smo izluščili osnovne lastnosti literature (avtor, letnica objave, država, vrsta, vzorec in namen raziskave) ter ključne ugotovitve, ki odgovarjajo na raziskovalno vprašanje, kar je povzeto in prikazano v

**Slika 1:** Potek iskanja literature po diagramu PRISMA (Moher et al., 2009)

obliki tabele (Tabela 2). Glede na hierarhijo dokazov Polit & Beck (2012) se en članek uvršča na raven dva (Borji & Tarjoman), preostalih šest pa na raven štiri (Bradshaw & Kent, 2017; Heydari-Fard et al., 2014; Kent et al., 2017; Ng et al., 2011; Van Herreweghe & Van Lancker, 2019; Whitehead, 2018). Oceno kakovosti vključenih raziskav smo izvedli z uporabo kontrolnih orodij *Joanna Briggs Institute* (Tabela 3 in Tabela 4). Po oceni značilnosti raziskav smo na osnovi priporočil Camp & Legge (2018) izvedli skupno oceno kakovosti in raziskave razdelili v štiri skupine glede na kakovost: odlična kakovost (90–100 %), visoka kakovost (80–90 %), srednja kakovost (70–79 %) in nizka kakovost (60–69 %).

V skupino odlične kakovosti (100 %) spadajo tri raziskave (Bradshaw & Kent, 2017; Borji & Tarjoman, 2018; Kent et al., 2017), v skupino visoke kakovosti (87,5 %) dve raziskavi (Heydari-Fard et al., 2014; Van Herreweghe & Van Lancker, 2019) in v skupino srednje kakovosti (75 %) dve raziskavi (Ng et al., 2011; Whitehead, 2018).

Rezultati

Na podlagi pregleda literature smo oblikovali tri glavne teme, to so (I) *pozitivni vplivi religioznosti na duševno zdravje starejših oseb*, (II) *negativni vplivi religioznosti na duševno zdravje starejših oseb* in (III) verske dejavnosti kot intervencijska podpora.

Pozitivni vplivi religioznosti na duševno zdravje starejših oseb

Raziskave so pokazale, da religioznost in verska prepričanja pogosto delujejo kot pomemben vir psihološke opore in čustvene stabilnosti pri starejših (Borji & Tarjoman, 2018; Bradshaw & Kent, 2017; Heydari-Fard et al., 2014; Whitehead, 2018). V obdobju staranja, ki pogosto prinaša izgube, fizične omejitve in občutke osamljenosti, lahko religioznost posamezniku ponudi strukturo, razlago življenjskih preizkušenj ter občutek, da njegovo življenje kljub spremembam ohranja smisel (Bradshaw & Kent, 2017; Kent et al., 2017). Ta občutek namena in smisla življenja je eden izmed ključnih dejavnikov pozitivnega duševnega zdravja.

Pozitivni učinki religioznosti so povezani tudi s tem, da posamezniku predstavlja vir upanja (Kent et al., 2017; Ng et al., 2011), krepi občutek samokontrole (Heydari-Fard et al., 2014; Ng et al., 2011), zmanjšuje občutke anksioznosti (Ng et al., 2011), širi socialno mrežo (Heydari-Fard et al., 2014; Whitehead, 2018) ter nudi podporo in občutek udobja (Ng et al., 2011). Prav tako lahko posamezniki, ki so religiozni, poročajo o manjšem številu simptomih depresije (Van Herreweghe & Van Lancker, 2019), lažje premagujejo izzive, povezane s spremembami v duševnem zdravju (Whitehead, 2018), ter pogosteje izvajajo vedenja, ki prispevajo h krepitvi zdravja (Bradshaw & Kent, 2017; Whitehead, 2018). Starejši odrasli, ki so religiozni, se

pogosto bolje soočajo z boleznijo ali osamljenostjo, saj verjamejo, da imajo nadzor nad svojim odzivom na življenjske preizkušnje. Prav religioznost jim lahko okrepi občutek samokontrole in izboljša sposobnost spoprijemanja s stresom (Heydari-Fard et al., 2014).

Pomembno vlogo ima tudi spodbujanje socialne podpore, ki jo omogočajo verske skupnosti. Te starejšim nudijo priložnosti za druženje, pomoč in izmenjavo izkušenj, kar zmanjšuje občutek izolacije in izključenosti (Bradshaw & Kent, 2018; Whitehead, 2018). Udeležba v skupnostnih verskih dejavnostih tako krepi občutek pripadnosti ter zmanjšuje tveganje za depresijo in anksioznost (Whitehead, 2018).

Razen tega je religioznost povezana tudi z zdravju koristnimi vedenji, saj, kot ugotavljajo, pogosto spodbuja posameznike k manj tveganim vedenjem in bolj zdravim navadam (Whitehead, 2018), ter prispeva k duševni vitalnosti (Borji & Tarjoman, 2018).

Negativni vplivi religioznosti na duševno zdravje starejših oseb

Kljub številnim pozitivnim učinkom religioznosti raziskave opozarjajo tudi na mogoče negativne vplive. Pri nekaterih starejših lahko religioznost vodi v odlašanje z iskanjem strokovne pomoči, saj se posamezniki, ki močno verjamejo v »božansko posredovanje« ali čudežno ozdravljenje, pogosteje odločijo, da težave rešujejo sami, tudi kadar imajo očitne simptome depresije ali anksioznosti (Ng et al., 2011). To lahko povzroči, da težave ostanejo neobravnavane ali se dolgotrajno poglabljajo.

Poleg tega lahko rigidna oziroma kaznujoča religioznost pri starejših povzroči dodatno stisko. Posamezniki, ki Boga doživljajo kot strogega, kaznujočega, ali oddaljenega, ob občutkih krivde ali neuspeha še dodatno krepijo svoje depresivne simptome. Če religioznost temelji na strahu pred kaznijo namesto na občutku ljubezni in varnosti, lahko to pomembno negativno vpliva na duševno zdravje (Kent et al., 2017).

Van Herreweghe & Van Lancker (2019) sta dodatno poudarila, da religioznost brez ustrezne socialne podpore ne prinaša zaščitnega učinka. Če starejša oseba veruje, vendar ostaja izolirana in brez podporne socialne mreže, religioznost sama lahko ostane samo simbolna in brez dejanskega vpliva na izboljšanje duševnega zdravja.

Verske dejavnosti kot intervencijska podpora

Raziskave kažejo, da je mogoče verske dejavnosti uporabiti kot podporno intervencijo v zdravstveni negi in oskrbi starejših oseb. Borji & Tarjoman (2018) sta izvedla program, ki je vključeval molitev, branje verskih besedil, romanja, spodbujanje hvaležnosti in potrpežljivosti ter skupinsko sodelovanje. Intervencije so bile izvedene v okviru dvajsetih srečanj, vsako v trajanju 30–45 minut. Rezultati so bili spodbudni, saj so

Tabela 2: Karakteristike vključenih raziskav

<i>Avtor, leto, država</i>	<i>Namen raziskave</i>	<i>Metodologija in metoda</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Glavne ugotovitve</i>	<i>Nivo dokaza</i>
Borji & Tarjoman, 2018 Iran	Raziskati vpliv, ki ga imajo religioznost in verske dejavnosti na duševno zdravje, subjektivno vitalnost in občutek osamljenosti na starejše osebe v zdravstvenih centrih.	kvantitativna metodologija/randomizirana kontrolirana raziskava	88 starejših oseb v zdravstvenih centrih (42 v kontrolni skupini in 46 v eksperimentalni skupini)	Rezultati so pokazali, da se je glede na verske dejavnosti (program intervencij je vključeval molitev, branje verskih besedil, romanje in druge verske aktivnosti) izboljšala raven vitalnosti in zmanjšal občutek osamljenosti. Raziskava kaže, da lahko verske dejavnosti pomembno prispevajo k boljšemu duševnemu počutju starejših.	raven 2
Bradshaw & Kent, 2017 Združene države Amerike	Raziskati vpliv, ki ga imata molitev in navezanost na Boga na duševno zdravje.	kvantitativna metodologija/longitudinalna raziskava	1024 starejših oseb, starih > 65 let	Rezultati so pokazali, da pogostost molitve sama po sebi nima odločilnega vpliva na optimizem ali samopodobo, pomembnejša je kakovost odnosa do Boga. Starejše osebe, ki Boga doživljajo kot varnega in pozitivnega, imajo večje izboljšanje v optimizmu, občutku smisla in splošnem duševnem zdravju.	raven 4
Heydari-Fard et al., 2013 Iran	Raziskati povezanost med kakovostjo življenja in spopadanjem s stresnimi situacijami s pomočjo religioznosti pri starejših osebah.	kvantitativna metodologija/presečna raziskava	200 starejših oseb, starih > 60 let, ki živijo v lastnih domovih	Rezultati so pokazali, da starejše osebe pogosto uporabljajo verske strategije kot način spopadanja s stresnimi situacijami, kar pozitivno vpliva na njihovo zaznano kakovost življenja. Osebe, ki so se bolj zanašale na versko spoprijemanje, so poročale o višjem občutku smisla, večji socialni podpori in boljšem čustvenem počutju. Avtorji poudarjajo, da je religioznost lahko pomemben vir moči in duševne stabilnosti pri starejših osebah.	raven 4
Kent et al., 2017 Združene države Amerike	Raziskati povezavo med odpuščanjem in tremi indikatorji duševnega zdravja ter vlogo, ki jo ima navezanost na Boga.	kvantitativna metodologija/longitudinalna raziskava	1024 starejših oseb, starih > 65 let	Rezultati kažejo, da občutek odpuščanja (tako od Boga kot do drugih) pozitivno vpliva na samopodobo, optimizem in zmanjšanje depresivnih simptomov, predvsem pri posameznikih, ki so imeli varen, zaupen odnos z Bogom. Če posameznik Boga dojema kot oddaljenega ali kaznujočega, pozitivni učinki odpuščanja niso bili tako izraziti. Raziskava poudarja pomen doživljanja odnosa z Bogom kot ključnega dejavnika pri učinkih religioznosti na duševno zdravje starejših.	raven 4
Ng et al., 2011 Singapur	Raziskati, kako religioznost vpliva na uporabo storitev duševnega zdravja pri starejših osebah ter ali verska prepričanja in verske razlage bolezni vplivajo na pripravljenost starejših oseb, da poiščejo strokovno pomoč za svoje duševne težave.	kvantitativna metodologija/presečna raziskava	1092 starejših oseb, povprečne starost 69,7 leta	Rezultati so pokazali, da so starejše osebe z močnimi religioznimi prepričanji in verovanjem k duhovnim razlagam bolezni redkeje iskale strokovno pomoč pri duševnih težavah. Zaradi zanašanja na molitev in verske obrede za reševanje težav so pogostejše ostale brez strokovne pomoči, kar je lahko vodilo v podaljševanje ali poslabšanje simptomov duševnih težav. Avtorji opozarjajo, da je pomembno pri starejših osebah prepoznati te religiozne vzorce in jih upoštevati pri načrtovanju dostopa do storitev duševnega zdravja, da bi preprečili neenakosti v obravnavi.	nivo 4

Se nadaljuje

<i>Avtor, leto, država</i>	<i>Namen raziskave</i>	<i>Metodologija in metoda</i>	<i>Vzorec</i>	<i>Glavne ugotovitve</i>	<i>Nivo dokaza</i>
Van Herreweghe & Van Lancker, 2019 Belgija	Raziskati vpliv religioznosti na simptome depresije pri starejših osebah.	kvantitativna metodologija/longitudinalna raziskava	7719 starejših oseb, starih > 65 let iz različnih držav Evrope	Rezultati so pokazali, da religioznost sama po sebi ni imela neposrednega zaščitnega učinka proti depresiji pri starejših osebah, vendar je lahko delovala pozitivno v kombinaciji z visoko socialno podporo. Če socialna podpora ni bila prisotna, religioznost ni vplivala na zmanjšanje depresivnih simptomov. Avtorji opozarjajo, da religioznost brez podpornega družbenega okolja ne zagotavlja nujno boljšega duševnega zdravja.	raven 4
Whitehead, 2018 Združene države Amerike	Raziskati povezavo med religioznostjo in duševnim zdravjem ter, ali socialna podpora in zdravo vedenje kažejo koristi pri pojavu depresije in anksioznosti.	kvantitativna metodologija/presečna raziskava	97 starejših oseb z religiozno naravnostjo, starih med 62 let in 96 let	Rezultati so pokazali, da religioznost lahko vpliva na boljše duševno zdravje posredno, saj spodbuja socialne stike in zdrav način življenja. Udeleženci, ki so bili bolj religiozni, so imeli bolj razvito socialno mrežo in so pogostejše izbirali zdravju koristna vedenja, kar je posledično zmanjšalo simptome depresije in izboljšalo duševno zdravje.	raven 4

bile pri starejših osebah ugotovljene izboljšana duševna vitalnost, zmanjšana osamljenost ter večji občutek povezanosti s skupnostjo.

Molitev lahko pomembno prispeva kot osebna strategija spoprijemanja, vendar njen učinek ni odvisen toliko od pogostosti, temveč od tega, kako posameznik doživlja svoj odnos z Bogom. Bradshaw & Kent (2017) sta ugotovila, da sama pogostost molitve nima odločilnega vpliva na samopodobo, optimizem ali zadovoljstvo z življenjem. Ključno je, ali posameznik Boga dojema kot varnega in dobrega, v tem primeru molitev deluje pomirjujoče, spodbuja občutek miru, optimizma in vodi do bolj zdravih odločitev. Nasprotno pa lahko molitev ob doživljanju Boga kot kaznujočega ali oddaljenega celo poveča stisko in negativna čustva.

Odpuščanje je še en pomemben element religioznih praks, ki posredno vpliva na duševno zdravje. Pozitivno je povezano z optimizmom in boljšim doživljanjem duševnega zdravja pri posameznikih, ki imajo močno navezanost na Boga. Kent et al. (2017) ugotavljajo, da občutek, da ti je Bog odpustil, sicer nima dolgoročnega vpliva na duševno zdravje, razen rahlega izboljšanja samopodobe, in sicer z občutkom,

da ti je Bog odpustil, kar lahko zmanjša občutke krivde in poveča optimizem, s tem pa prispeva k boljšemu duševnemu zdravju. Vendar so ti učinki odvisni od posameznikove navezanosti na Boga in zaupanja v njegovo dobrohotnost, saj kot poudarjajo Kent et al. (2017), se odpuščanje in navezanost na Boga prepletata, zato lahko vplivata na duševno zdravje na dva načina. Pri tistih, ki menijo, da jim Bog ni odpustil, sprememb ni bilo zaznati, medtem ko so tisti, ki so doživeli občutek odpuščanja, zaznali izboljšano duševno stanje.

Poleg tega verske dejavnosti pogosto spodbujajo sodelovanje v skupnostih, kar krepi socialno mrežo in preprečuje izolacijo (Heydari-Fard et al., 2014), kar ima dolgoročen zaščitni učinek na duševno zdravje in lahko dopolnjuje formalne in neformalne storitve oskrbe starejših oseb.

Religioznost in verske dejavnosti imajo pri starejših osebah torej dvojno vlogo, in sicer so lahko pomemben zaščitni dejavnik za ohranjanje in krepitev duševnega zdravja, če se povezujejo s socialno podporo, zdravimi vedenji in občutkom varnosti, lahko pa postanejo ovira, če spodbujajo izogibanje strokovni pomoči ali temeljijo na strahu in občutku

Tabela 3: Kritična ocena člankov po ocenjevalnem orodju JBI za kvaziekperimentalne študije

<i>Članki</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>Skupna ocena kakovosti</i>
Borji & Tarjoman (2018)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	9/9 (100 %) – odlična kakovost

Legenda: Y – Da; N – Ne; 1 – ali je v raziskavi jasno, kaj je »vzrok« in kaj »učinek« (tj. ali ni zmede glede tega, katera spremenljivka je na prvem mestu); 2 – ali so bili udeleženci vključeni v primerjave podobni; 3 – ali so bili udeleženci vključeni v primerjave, ki so prejemali podobno zdravljenje ali oskrbo, razen izpostavljenosti ali intervencije, ki nas zanima; 4 – ali je obstajala kontrolna skupina; 5 – ali je bilo opravljenih več meritev izida pred posegom oziroma izpostavljenostjo in po njem; 6 – ali je bilo spremljanje končano, in če ne, ali so bile razlike med skupinami glede nadaljnjega spremljanja ustrezno opisane in analizirane; 7 – ali so bili rezultati udeležencev, vključenih v primerjave, izmerjeni na enak način; 8 – ali so bili rezultati izmerjeni zanesljivo; 9 – ali je bila uporabljena ustrezna statistična analiza

Tabela 4: Kritična ocena člankov po ocenjevalnem orodju JBI za analitične presečne študije

Članki	1	2	3	4	5	6	7	8	Skupna ocena kakovosti
Bradshaw & Kent (2017)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	8/8 (100 %) – odlična kakovost
Heydari-Fard et al. (2015)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	7/8 (87,5 %) – visoka kakovost
Kent et al. (2017)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	8/8 (100 %) – odlična kakovost
Ng et al. (2011)	Y	Y	Y	Y	U	U	Y	Y	6/8 (75 %) – srednja kakovost
Van Herreweghe & Van Lackner (2019)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	7/8 (87,5 %) – visoka kakovost
Whitehead (2018)	Y	Y	Y	Y	U	U	Y	Y	6/8 (75 %) – srednja kakovost

Legenda: Y – Da; N – Ne; U – Ni jasno; 1 – ali so bili kriteriji za vključitev v vzorec jasno opredeljeni; 2 – ali sta bila vzorec in okolje podrobno opisana; 3 – ali je bila izpostavljenost merjena na veljaven in zanesljiv način; 4 – ali so bili za merjenje stanja uporabljeni objektivni in standardni kriteriji; 5 – ali so bili ugotovljeni zavajajoči dejavniki; 6 – ali so bile navedene strategije za obvladovanje zavajajočih dejavnikov; 7 – ali so bili rezultati izmerjeni na veljaven in zanesljiv način; 8 – ali je bila uporabljena ustrezna statistična analiza

kaznovanja. Pri zdravstveni negi starejših je zato ključno, da zdravstveni delavci te vidike poznajo, jih spoštujejo in vključijo v celostno obravnavo, pri čemer se upoštevajo posameznikove želje in vrednote (Ng et al., 2011; Whitehead, 2018).

Diskusija

Na osnovi pregleda literature smo oblikovali tri glavne teme: (I) pozitiven vpliv religioznosti na duševno zdravje starejših, (II) negativen vpliv religioznosti na duševno zdravje starejših in (III) verske dejavnosti kot intervencijska podpora. Te ugotovitve potrjujejo, da je religioznost kompleksen in večdimenzionalen pojav, zato, kot poudarjata Van Herreweghe & Van Lancker (2019), še vedno ni popolnoma jasno, kako ta vpliva na duševno zdravje starejših oseb. Ugotovitve kažejo, da ima religioznost na duševno zdravje starejših oseb bolj ali manj pozitiven učinek (Borji & Tarjoman, 2018; Bradshaw & Kent, 2017; Heydari-Fard et al., 2014; Kent et al., 2017; Whitehead, 2018), v nekaterih primerih lahko tudi negativen (Ng et al., 2011; Van Herreweghe & Van Lancker, 2019) oziroma se bistvenega in natančnega vpliva ne opaža (Van Herreweghe & Van Lancker, 2019). Religioznost lahko zmanjša pojavnost depresije in anksioznosti, spodbuja vključevanje v socialna omrežja ter zdravju koristna vedenja (Whitehead, 2018). Razen tega mnogim daje občutek varnosti, smisla in izboljša spopadanje s stresnimi primeri (Heydari-Fard et al., 2014).

Pri obravnavi vpliva religioznosti velja poudariti tudi verske dejavnosti, ki lahko pomembno vplivajo na duševno zdravje. Med najpogostejšimi so prošnje, hvaležnost, potrpežljivost, odpuščanje, pomilostitev, sodelovanje v javnih zadevah, recitiranje, romanje (Borji & Tarjoman, 2018), molitev (Bradshaw & Kent, 2017) in odpuščanje (Kent et al., 2017). Verske dejavnosti vključujejo sodelovanje na skupnostnih dogodkih, kot so branje molitev, spodbujanje hvaležnosti, potrpežljivosti, odpuščanja in pomilostitev, kar pri starejših osebah, ki v njih sodelujejo, pogosto izboljša socialno funkcijo in vitalnost (Borji & Tarjoman, 2018); razen tega gre

za cenovno dostopen in nefarmakološki način spoprijemanja s težavami.

Eden ključnih elementov religioznosti, ki lahko posredno vpliva na duševno zdravje, je prav odpuščanje. V mnogih religioznih okoljih, zlasti v konservativnem krščanstvu, je poudarjena grešnost posameznika, zato je pomembno, da ljudje doživljajo odpuščanje kot priložnost za osebno rast in razbremenitev (Kent et al., 2017). Kent et al. (2017) omenjajo dve obliki odpuščanja: občutek, da je posamezniku Bog odpustil, ter prepričanje, da mora spremeniti svoje vedenje, da bi pridobil Božje odpuščanje. Tudi molitve imajo lahko podporno vlogo, vendar je njihov učinek odvisen od narave odnosa do Boga. Pri posameznikih, ki Boga doživljajo kot varnega in spodbudnega, molitev povečuje občutek miru in zmanjšuje vpliv stresnih dogodkov. Nasprotno pa lahko molitev pri posameznikih, ki Boga doživljajo kot kaznujočega, poveča stisko in negativna čustva (Bradshaw & Kent, 2017).

Medtem ko sta pa Van Herreweghe & Van Lancker (2019) ugotovila, da verske dejavnosti (bodisi zasebne bodisi javne) pri starejših Evropejcih pogosto nimajo pomembnega vpliva na duševno zdravje, v nekaterih primerih so lahko povezane tudi z negativnimi izidi. Negativni vidiki religioznosti se lahko kažejo v strogih doktrinah verskih skupnosti, ki ustvarjajo stresno okolje, s čimer povečujejo duševne težave posameznikov, hkrati pa odvrčajo posameznike od iskanja strokovne pomoči (Ng et al., 2011). Van Herreweghe & Van Lancker (2019) še poudarjata, da je pri raziskovanju vpliva religioznosti treba nujno upoštevati posameznikove značilnosti, kot so spol, finančni status, vrednote, želje ter telesno in duševno zdravje. Glede na dobljene rezultate pregleda se strinjamo z Ng et al. (2011), da je pri vključevanju religioznosti in verskih dejavnosti ključno sodelovanje med pacientom, izvajalci zdravstvene nege in po potrebi tudi družinskimi člani. Vsi skupaj morajo biti glede na potrebe posameznika vključeni v pripravo individualnega načrta zdravstvene nege tako, da bodo te vsebine varno in smiselno vključene v oskrbo starejše osebe.

Pregled ima nekaj pomembnih omejitev. Prva omejitev je povezana z iskanjem literature, saj je bilo iskanje izvedeno samo v angleškem jeziku, zaradi česar je možno, da so bile izključene kakovostne raziskave, objavljene v drugih jezikih, kar bi lahko vplivalo na celovitost rezultatov. Druga omejitev je omejitev na določene podatkovne baze, kar pomeni, da so lahko nekatere relevantne raziskave, objavljene v drugih revijah, ostale spregledane. Prav tako so z vključenimi raziskavami obravnavani predvsem starejši iz nekaterih kulturnih prostorov, kar lahko zmanjša prenosljivost ugotovitev na druge kulturne in verske okoliščine.

V prihodnje bi bilo smiselno razširiti iskanje literature na več jezikov in vključiti tudi raziskave iz drugih kulturnih okolij. Prav tako bi bile smiselne nadaljnje raziskave, s katerimi bi poglobili razumevanje, kako zdravstveni delavci in drugi sodelujoči v oskrbi starejših oseb vključujejo nefarmakološke pristope v prakso, kadar to ustreza željam starejših oseb, ter kako lahko tovrstne vsebine okrepimo tudi v študijskih programih za zdravstvene delavce.

Zaključek

Ugotovljeno je bilo, da ima religioznost lahko tako pozitivne kot negativne vplive na duševno zdravje starejših oseb. Kot vir čustvene in psihološke podpore omogoča starejšim lažje spoprijemanje s stresorji ter ohranjanje občutka upanja in smisla. Religiozne dejavnosti, kot so obiskovanje verskih obredov, molitev, odpuščanje in druge oblike verskih intervencij, prispevajo k ohranjanju socialnih stikov, kar krepi posameznikovo samopodobo ter lahko spodbuja vedenja za izboljšanje zdravja.

Vendar je nujno, da se starejši s takšno podporo strinjajo in sodelujejo pri načrtovanju vključevanja verskih dejavnosti v proces zdravstvene nege. Medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci lahko na tem področju pomembno prispevajo z odprtim pogovorom o verskih in duhovnih potrebah posameznika ter z vključevanjem nefarmakoloških intervencij, kadar to posameznik izrazi kot svojo željo. Pregledana literatura je pokazala, da je celosten pristop, ki vključuje tudi spoštovanje religioznosti in verskih dejavnosti, lahko dragocen element pri izboljšanju duševnega zdravja starejših oseb ter pri oblikovanju individualiziranega načrta zdravstvene nege.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

Prispevek avtorjev/Author contributions

Prispevek je nastal na osnovi zaključnega dela L. S., ki je izvedla pregled literature ter pripravila opravila osnutek prispevka. M. L. in T. R. sta s svojimi nasveti pomembno vplivali na zasnovo dela, kritičen pregled ter soglašali s končno verzijo prispevka./The paper was based on the final thesis by LS, who conducted the literature review and prepared the initial draft of the manuscript. ML and TR contributed substantially to the conceptualisation of the study, provided critical revisions, and approved the final version of the manuscript.

Literatura

- Abdaleati, N., Zaharim, N. M., & Mydin, Y. O. (2014). Religiousness and mental health: Systematic review study. *Journal of Religion and Health*, 55(6), 1929–1937. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9896-1> PMID:27654836
- Aloustani, S., Hajibeglo, A., Yazarlo, M., & Gharrehtapeh, S. R. (2021). The effect of religion therapy on the elderly cognitive status. *Journal of Religion and Health*, 60(3), 2066–2076. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00904-9> PMID:31485880
- Bakhtiari, A., Yadollahpur, M., Omidvar, S., Ghorbannejad, S., & Bakouei, F. (2018). Does religion predict health-promoting behaviors in community-dwelling elderly people? *Journal of Religion and Health*, 58(2), 452–464. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0710-3> PMID:30291531
- Borji, M., & Tarjoman, A. (2018). Investigating the effect of religious intervention on mental vitality and sense of loneliness among the elderly referring to community healthcare centers. *Journal of Religion and Health*, 59(2), 163–172. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0708-x> PMID:30291532
- Bradshaw, M., & Kent, B. V. (2017). Prayer, attachment to God, and changes in psychological well-being in later life. *Journal of Aging and Health*, 30(5), 667–691. <https://doi.org/10.1177/0898264316688116> PMID:28553805
- Camp, S., & Legge, T. (2018). Simulation as a tool for clinical remediation: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 16, 48–61

- Chen, Y., Kim, E. S., & VanderWeele, T. J. (2021). Religious-service attendance and subsequent health and well-being throughout adulthood: Evidence from three prospective cohorts. *International Journal of Epidemiology*, 49(6), 2030–2040.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyaa120>
PMid:32793951; PMCID:PMC7825951
- Coelho-Júnior, H. J., Calvani, R., Panza, F., Allegri, R. F., Picca, A., Marzetti, E., & Alves, V. P. (2022). Religiosity/spirituality and mental health in older adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Medicine*, 9, Article 877213.
<https://doi.org/10.3389/fmed.2022>
PMid:35646998; PMCID:PMC9133607
- de Oliveira, A. L. B., & de Oliva Menezes, T. M. (2018). The meaning of religion/spirituality for the elderly. *Health of the Elderly*, 71(2), 770–776.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0120>
PMid:29791624
- Freire Paulino, C., Salgado Souza, V. H., Mesquita, A. C., Carvalho, F. S., Alves Nogueira, D., & Chaves, É. de C. L. (2014). Quality of life, depressive symptoms and religiosity in elderly adults: A cross-sectional study. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(3), 648–655.
<https://doi.org/10.1590/0104-07072014001000013>
- Hefti, R. (2011). Integrating religion and spirituality into mental health care, psychiatry and psychotherapy. *Religions*, 2(1), 611–627.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/rel2040611>
- Heydari-Fard, J., Bagheri-Nesami, M., Shirvani, M. A., & Mohammadpour, R. A. (2014). Association between quality of life and religious coping in older people. *Nursing Older People*, 26(3), 24–29.
<https://doi.org/10.7748/nop2014.03.26.3.24.e496>
PMid:24673325
- Horning, S. M., Davis, H. P., Stirrat, M., & Cornwell, R. E. (2011). Atheistic, agnostic, and religious older adults on well-being and coping behaviors. *Journal of Aging Studies*, 25(2), 177–188.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaging.2010.08.022>
- Kent, B. V., Bradshaw, M., & Uecker, J. E. (2017). Forgiveness, attachment to God, and mental health outcomes in older U.S. adults: A longitudinal study. *Research on Aging*, 40(5), 456–479.
<https://doi.org/10.1177/0164027517706984>
PMid:28506109
- McManus, D. T. (2024). The intersection of spirituality, religiosity, and lifestyle in successful aging. *Religion*, 15(4), Article 478.
<https://doi.org/10.3390/rel15040478>
- Mohammadi Shahboulaghi, M. F., Moghaddam Ghanbari, A., Khoshnou, H., Karbalaee, Z., & Mojtaba, M. (2017). Mental health in the elderly and its predictive factors. *World Family Medicine/Middle East Journal of Family Medicine*, 15(10), 313–320.
<https://doi.org/10.5742/MEWFM.2017.93181>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), Article e1000097.
PMid:19621072; PMCID:PMC2707599
- Moxey, A., Mcevoy, M., Bowe, S., & Attia, J. (2011). Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. *Australasian Journal on Ageing*, 30(2), 82–88.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00453.x>
PMid:21672117
- Ng, T. P., Nyunt, M. S. Z., Chiam, P. C., & Kua, E. H. (2011). Religion, health beliefs and the use of mental health services by the elderly. *Aging & Mental Health*, 15(2), 143–149.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2010.508771>
- Noronha, K. J. (2014). Impact of religion and spirituality on older adulthood. *Journal of Religion Spirituality & Aging*, 27(1), 16–33.
<https://doi.org/10.1080/15528030.2014.963907>
- Pollak, C., Verghese, J., & Blumen, H. (2023). Loneliness and functional decline in aging: A systematic review. *Research in Gerontological Nursing*, 16(4), 202–212.
<https://doi.org/10.3928/19404921-20230503-02>
PMid:37159388; PMCID:PMC10926714
- Polit, D. F. & Beck, C. T., 2012. *Nursing research: Generating and assesing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Sedaghat, G. S., & Alizadeh, K. H. (2018). The effectiveness of spiritual-religion psychotherapy on mental distress (depression, anxiety and stress) in the elderly living in nursing homes. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 5(1), 20–25.
<https://doi.org/10.29252/IHSME.5.1.20>
- Van Herreweghe, L., & Van Lancker, W. (2019). Is religiousness really helpful to reduce depressive symptoms at old age: A longitudinal study. *PloS One*, 14(7), 1–15.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218557>
PMid:31269037; PMCID:PMC6609011
- Vicente, A. R. T., Castro-Costa, É., Firmo, J. de O. A., Lima-Costa, M. F., & Loyola Filho, A. I. de. (2018). Religiousness, social support and the use of antidepressants among the elderly: A population-based study. *Ciencia & Saude Coletiva*, 23(3), 963–971.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.05922016>
PMid:29538576

Whitehead, B. (2018). Religiousness on mental health in older adults: the mediating role of social support and healthy behaviours. *Mental Health, Religion & Culture*, 21(4), 429–441. <https://doi.org/10.1080/13674676.2018.1504906>

World Health Organization (WHO). (2024). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C.-T., Ofstedal, M.-B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM - Population Health*, 2(1), 373–381.

<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009>
PMid:29349154; PMCID:PMC5758000

Citirajte kot/Cite as:

Simonič, L., Ribič, T., & Lorber, M. (2025). Religioznost v povezavi z duševnim zdravjem starejših oseb: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(4), 254–263. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.4.3230>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Učinkovitost klinične supervizije na zadovoljstvo na delovnem mestu pri zaposlenih v zdravstveni negi: pregled literature

The effectiveness of clinical supervision on maintaining job satisfaction in nursing personnel: A literature review

Tamara Trajbarič¹, Lucija Gosak^{1,*}, Klavdija Čuček Trifkovič¹

Ključne besede: podpora; profesionalni razvoj; medicinska sestra

Key words: support; professional development; nurse

¹ Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
lucija.gosak2@um.si

IZVLEČEK

Uvod: Zaposleni v zdravstveni negi se pri svojem delu soočajo s številnimi duševnimi, čustvenimi in fizičnimi obremenitvami, kar lahko vpliva na njihovo zadovoljstvo na delovnem mestu. Namen raziskave je preučiti učinkovitost klinične supervizije o zadovoljstvu na delovnem mestu pri zaposlenih v zdravstveni negi.

Metode: Uporabljen je bil pregled literature v mednarodnih podatkovnih bazah v novembru 2024. Vključitveni kriteriji so bile raziskave, ki temeljijo na kvantitativni in kvalitativni metodologiji, ter sistematični pregledi literature v angleškem jeziku, ki se nanašajo na raziskovano temo, objavljeni v zadnjih desetih letih. S hierarhijo dokazov so bili razvrščeni po nivojih in predstavljeni v preglednici.

Rezultati: Izmed 106-ih zadetkov so bili v končno analizo vključeni štirje izvirni znanstveni članki in trije pregledni znanstveni članki. V tretji nivo hierarhije dokazov je bil uvrščen en članek, v četrti nivo en članek, v peti nivo en članek, v šesti nivo en članek in sedmi nivo trije članki. Kljub temu da klinična supervizija v zdravstveni negi ni pogosto uporabljena, so bili na podlagi pregleda literature ugotovljeni pozitivni učinki. Pregled literature je pokazal metodološke pomanjkljivosti, kot so raznolikost metodologij, odsotnost kontrolne skupine in majhen vzorec.

Diskusija in zaključek: Na podlagi analize je bilo ugotovljeno, da klinična supervizija pozitivno vpliva na zaposlene v zdravstveni negi in prispeva k ohranjanju in izboljšanju zadovoljstva z delom. V prihodnje bi se bilo smiselno osrediniti na dolgoročne učinke klinične supervizije.

ABSTRACT

Introduction: Nursing personnel experience numerous mental, emotional, and physical stresses, which affect their job satisfaction. Occupational stress often arises from various work challenges and represents a global concern. The purpose of this literature review was to examine the effectiveness of clinical supervision on maintaining job satisfaction among nursing personnel.

Methods: We utilised a descriptive approach that involved analysis, compilation, comparison, and synthesis of the literature. We searched for scientific literature in international databases such as PubMed, CINAHL Ultimate, Cochrane Library, and Web of Science in November 2024. Our final analysis included studies employing quantitative and qualitative methodologies, as well as systematic literature reviews in English, relevant to the research topic and conducted within the specified time frame. We evaluated the studies using a hierarchy of evidence, classified them by level, presented them in an evaluation table, and summarised the results in a synthesis table.

Results: Our literature search yielded a total of 106 results, from which we included four original scientific articles and three literature reviews in the final analysis. One article was classified at the third level of the evidence hierarchy, one at the fourth level, one at the fifth level, one at the sixth level, and three articles at the seventh level. The results of our review show that clinical supervision positively affects healthcare professionals and significantly contributes to maintaining and improving job satisfaction.

Discussion and conclusion: Although clinical supervision in nursing is not widely applied, it contributes significantly to maintaining and improving job satisfaction. We identified methodological shortcomings and other limitations such as the absence of a control group, small sample sizes, and bias. This literature review allows for a better understanding of the effects of supervision on nursing personnel and helps identify gaps in existing knowledge. It can also influence curricula and educational programmes and serve as a basis for formulating policies that support effective supervisory practices and contribute to improving working conditions for nursing personnel.



Uvod

Po vsem svetu se soočajo s problematiko poklicnega stresa, ki ima negativne posledice tako za posameznike kot tudi za organizacije (Okuhara et al., 2021). Zadovoljstvo na delovnem mestu je mogoče razumeti kot celotno emocionalno reakcijo posameznika na njegovo delo ali kot stališče do raznih aspektov delovnega procesa (Morton et al., 2020). Ta občutek izhaja iz kombinacije pozitivnih in negativnih čustev, ki jih povzročajo različni dejavniki na delovnem mestu (Kavšak & Prosen, 2021). Dejavniki, kot so inovativnost, odgovornost in dosežki, povečujejo občutek zadovoljstva, prav tako dejavniki, kot so nadzor, menedžment, delovno okolje in medosebni odnosi, pomagajo zmanjšati nezadovoljstvo (Alshmemri et al., 2017). Zadovoljstvo na delovnem mestu vpliva na učinkovitost, produktivnost in odsotnost zaposlenih v zdravstveni negi z delovnega mesta. Če so zaposleni v zdravstveni negi nezadovoljni, se to lahko odraža na kakovosti zdravstvene oskrbe pacienta in njihovem odnosu. Prav tako je nezadovoljstvo pogosto eden izmed glavnih dejavnikov, zaradi katerega se zaposleni v zdravstveni negi odločijo zapustiti svoj poklic (Bagheri Hossein Abadi et al., 2020; Kavšak & Prosen, 2021). Vprašanje zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi je izziv, ki ga je treba reševati na svetovni ravni (Platis et al., 2015).

Za zaposlene v zdravstveni negi je zadovoljstvo na delovnem mestu ključnega pomena, saj velik del svojega življenja preživijo na delovnem mestu (Lorber, 2018). Ti se soočajo z visokim stresom in slabimi delovnimi pogoji (Babapour et al., 2022), kot so pretirana delovna obremenitev, kadrovski primanjkljaj, otežkočeno zagotavljanje ustrezne oskrbe, pomanjkanje podpore vodstva ter dolgotrajne in naporne izmene brez zadostnih odmorov (Senek et al., 2020). Neugodne razmere vodijo v visoko fluktuacijo kadra, kar dodatno obremenjuje preostale zaposlene (Nantsupawat et al., 2017) in povečuje izgorelost, zmanjšuje kakovost oskrbe pacientov ter negativno vpliva na njihovo zadovoljstvo (Babapour et al., 2022; Brooks Carthon et al., 2021). Ključni dejavniki za izboljšanje razmer so podpora med zaposlenimi, učinkovito timsko delo (Oshodi et al., 2019) in omogočena psihosocialna pomoč (Kooktapeh et al., 2023). Učinkovito vodenje, dobra komunikacija in poklicna avtonomija prav tako izboljšujejo oskrbo pacientov in zmanjšujejo izgorelost (Mabona et al., 2022), kar je pomembno pri ustvarjanju delovnega okolja, ki zmanjšuje stres, spodbuja razvoj in povečuje zadovoljstvo medicinskih sester (Oshodi et al., 2019).

V nedavni raziskavi Mulisa et al. (2022) je sodelovalo 349 medicinskih sester. Rezultati raziskave so pokazali, da jih je 45,56 % izrazilo željo po odhodu iz svojega poklica. V raziskavi Ayalew & Workineh (2020), v kateri je sodelovalo 191 udeleženk, so ugotovili, da jih je 64,9 % izrazilo, da nameravajo oditi s trenutnega

delovnega mesta. V slovenski raziskavi Dobnik et al. (2018) ugotavljajo, da so številne medicinske sestre (56,5 %) poročale o visokih ravneh stresa. Stres je prepoznan kot dejavnik, ki vodi do zmanjšane učinkovitosti, povečane fluktuacije osebja in višjega bolniškega staleža, kar negativno vpliva na kakovost in količino oskrbe ter zmanjšuje zadovoljstvo pri delu. Glede na povečano potrebo po večjem številu zaposlenih v zdravstveni negi je bistveno ugotoviti vzroke in poiskati rešitve. Izboljšanje delovnih razmer, ustrezna izobrazba, ustrezno plačilo, občutek poklicnega poslanstva, podpora sodelavcev in avtonomija pri delu so ključni za zadržanje zaposlenih v zdravstveni negi (Mulisa et al., 2022; Sharififard et al., 2019).

Klinična supervizija nudi priložnost za refleksijo o kompleksnih okoliščinah v poklicnem okolju in stremi k razvoju posameznikov, timov ter organizacij za izboljšanje njihovega profesionalnega življenja in razumevanjanjihove vloge v institucionalnem primeru. Obenem ponuja podporo pri soočanju s poklicnimi izzivi in konflikti (Cajvert et al., 2016). Klinična supervizija vključuje restorativno komponento, ki nudi čustveno podporo in pomaga pri zmanjševanju stresa, normativno komponento, ki spodbuja kakovostno prakso in krepi profesionalno rast, ter formativno komponento, ki omogoča razvoj znanja, veščin in samorefleksije, predvsem pri manj izkušenih. Je strukturiran proces strokovne podpore, refleksije in učenja, ki pomaga zaposlenim v zdravstveni negi pri soočanju z delovnimi izzivi (Butterworth, 2022) ter zato nudi priložnost za refleksijo o kompleksnih situacijah v poklicnem okolju ter stremi k razvoju posameznikov, timov in organizacij za izboljšanje njihovega profesionalnega življenja (Cajvert et al., 2016). To omogoča z ocenjevanjem, svetovanjem in povratnimi informacijami o njihovem strokovnem razvoju (Mohamed & Mohamed Ahmed, 2019). Na področju duševnega zdravja razvija spretnosti, krepi samozavest zaposlenih in spodbuja medsebojno podporo, hkrati pa nudi oporo pri spoprijemanju s poklicnimi izzivi in konflikti, pomaga pri prilagajanju na spremembe, iskanju novih rešitev ter preprečevanju negativnih posledic nezadovoljstva, kot sta mobing in izgorelost (Cajvert et al., 2016; Sewell, 2018).

Proctorjev interaktivni model klinične supervizije v medicinski praksi vsebuje tri glavna področja: formativno (usmerjeno na učenje), restorativno (osredotočeno na čustveno podporo) in normativno (poudarek na odgovornosti) (Driscoll et al., 2019; Proctor, 1986). Zaposleni v zdravstveni negi se pogosto spoprijemajo s tesnobo, pri čemer največkrat ne dobijo nujne podpore (Modaresnezhad et al., 2021). Superviziranje ima ključno vlogo v karieri bodočih zaposlenih v zdravstveni negi (Driscoll et al., 2019), zato je že pri izobraževanju treba združiti teoretično znanje in praktično usposabljanje v klinični superviziji (Rodríguez-García et al., 2021). Klinična supervizija

izboljšuje kakovost dela, spodbuja komunikacijo in sodelovanje, kar povečuje zadovoljstvo in občutek vrednosti zaposlenih v zdravstveni negi. Učinkovita supervizija zmanjšuje fluktuacijo zaposlenih in povečuje njihovo zadovoljstvo ter blaginjo (Cajvert et al., 2016; Rothwell et al., 2021).

V zadnjih petnajstih letih je po navedbah Watkinsa (2020) pridobivanje znanja in raziskovanje na področju klinične supervizije doživelo velik porast in se razširilo po vsem svetu. Kljub vedno veliko raziskavam se še vedno kaže potreba po več dokazih o učinkovitosti klinične supervizije pri zaposlenih v zdravstveni negi (Kühne et al., 2019).

Namen in cilji

Namen pregleda literature je ugotoviti, kakšna je učinkovitost klinične supervizije za ohranitev zadovoljstva z delom pri zaposlenih v zdravstveni negi.

Cilj:

- ugotoviti, kakšen je učinek klinične supervizije na zadovoljstvo na delovnem mestu zaposlenih v zdravstveni negi.

Na podlagi PIO (angl. *Population, Intervention, Outcome*) načina (Melnik & Fineout-Overholt, 2019) smo si zastavili naslednje raziskovalno vprašanje: »Kakšen je učinek klinične supervizije (I) na zadovoljstvo na delovnem mestu (O) pri zaposlenih v zdravstveni negi (P)?«

Metode

Opravljen je bil pregled literature.

Metode pregleda

Iskanje znanstvene literature je potekalo v mednarodnih podatkovnih bazah: PubMed, CINAHL Ultimate, Cochrane Library in Web of Science v novembru 2024. Uporabili smo iskalno strategijo, ki je vključevala ključne besede raziskovalnega vprašanja v angleškem jeziku in njihove sopomenke: *clinical supervision, job satisfaction in nurse*. Iskalni niz smo oblikovali z uporabo Boolovih operaterjev AND in OR, ki se je glasil: "clinical supervision" AND ("job satisfaction" OR achievement OR contentment OR fulfillment) AND (nurs* OR nursing OR "nursing care").

Vključitveni kriteriji so raziskave, ki so uporabljale kvantitativne in kvalitativne metode ter sistematične preglede v angleškem jeziku, osredotočene na učinkovitost klinične supervizije pri ohranjanju zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi. Izključitveni kriteriji so bili: vsebinsko neustrezni članki, neustrezen tip članka in članki v drugih tujih jezikih. Časovno smo se omejili na raziskave od leta 2014 do 2024.

Rezultati pregleda

Na podlagi iskanja je bilo v podatkovni bazi PubMed najdenih sedemnajst zadetkov, v CINAHL-u 48 zadetkov, v Cochrane Library zadetkov ni bilo. V bazi Web of Science je bilo najdenih 41 zadetkov.

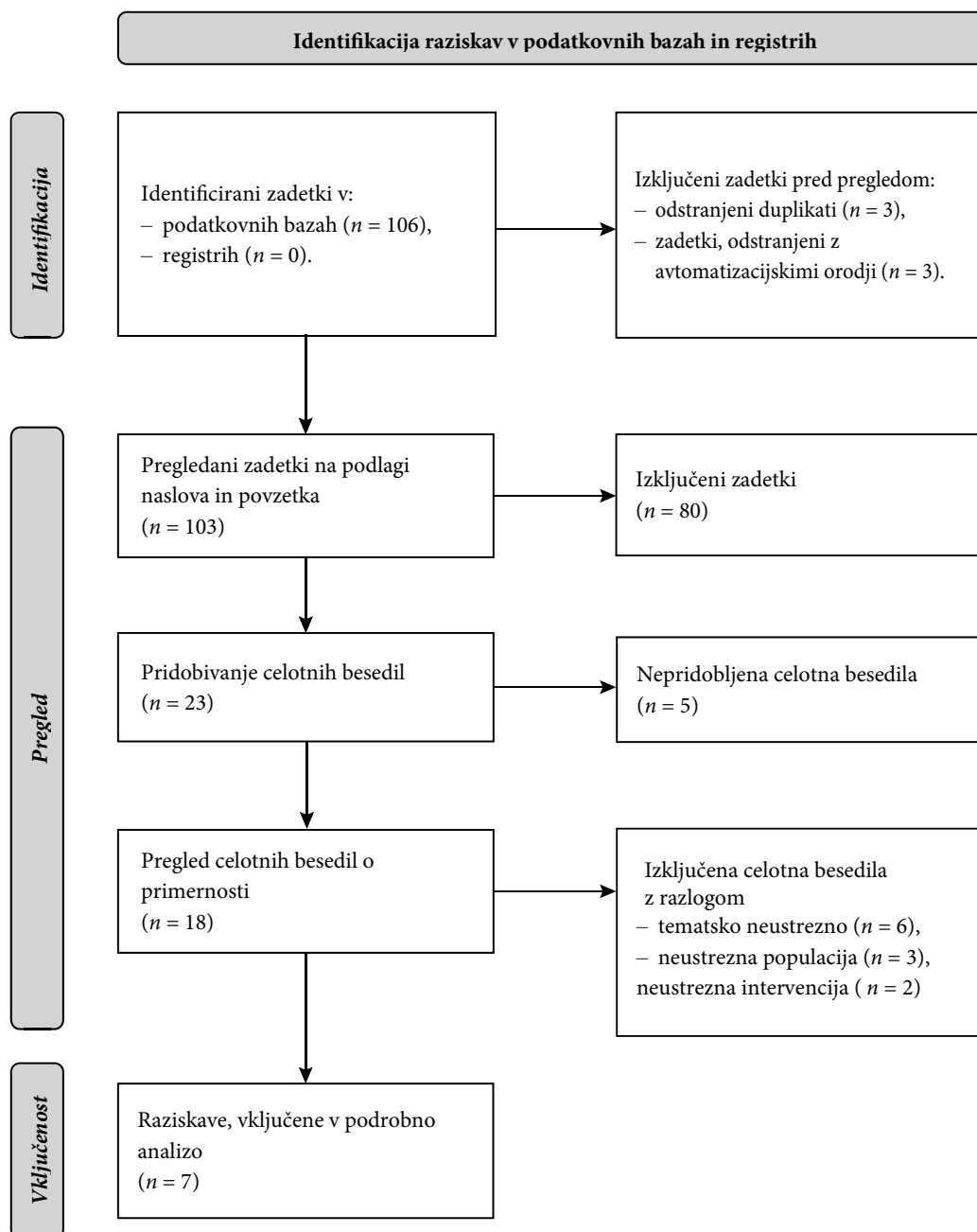
Po odstranitvi podvojenih rezultatov smo analizirali 103 najdene članke glede na zahtevane kriterije za vključitev, glede na njihove naslove in povzetke smo odstranili 80 člankov. Od preostalih triindvajset člankov je bilo pet nedostopnih. Temeljito smo pregledali osemnajst člankov, ki so bili prostodostopni in v celoti objavljeni. Na podlagi izključitvenih kriterijev smo izključili enajst člankov: zaradi neustrezne teme ($n = 6$), neustrezne ciljne skupine ($n = 3$) in neustrezne intervencije ($n = 2$). V končni pregled je bilo vključenih sedem člankov. Postopek sistematičnega iskanja in izključevanja raziskav je prikazan z diagramom, pri čemer smo sledili mednarodnemu standardu PRISMA (Page et al., 2021) za predstavitev rezultatov (Slika 1).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Analizo podatkov smo izvedli z deskriptivnim poročanjem skupnih značilnosti literature v obliki evalvacijske tabele (Tabela 1), v katero smo vključili avtorja, leto in državo, metodologijo, namen raziskav, vzorec, glavne rezultate ter jih razvrstili glede na moč dokazov. Zadnjo smo določili po hierarhiji, kot jo opredelujeta Polit & Beck (2021). V obliki sintezne tabele (Tabela 4.3) smo strukturirano prikazali pridobljene dokaze. Uporabili smo opisno metodo za navedbo avtorjev, leta, vzorca, načrta raziskave, intervencije ter izida. V sintezni tabeli je bila izbrana inovativna metoda za prikaz rezultatov člankov. Simbol ↑ pomeni izboljšanje (npr. višje zadovoljstvo pri delu), ↓ zmanjšanje (npr. manj stresa), znak – pa odsotnost učinka. Ta način omogoča lažje razumevanje glavnih ugotovitev ter oceno učinkovitosti supervizije po posameznem članku oziroma raziskavi.

Rezultati

Ugotovitve končne analize vključenih raziskav glede na njihove raziskovalne načine (Tabela 1). Raziskave, predstavljene v Tabeli 1, so se osredinile na učinek klinične supervizije v zdravstveni negi. Kljub temu da so imele podobne cilje, so bile uporabljene različne metodologije. Glede na moč dokazov se raziskave gibljejo med različnimi nivoji hierarhije dokazov, in sicer od nivoja 1 do nivoja 7. Ta raznolikost metodoloških pristopov in nivojev dokazov kaže na kompleksnost proučevanja klinične supervizije v zdravstveni negi. Skupni cilj vseh raziskav je bil raziskati vpliv klinične supervizije na različne vidike dela in zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi predvsem medicinskih sester.



Slika 1: Prikaz sistematičnega iskanja virov po priporočilih PRISMA

Izidi raziskav, predstavljeni v Tabeli 2, kažejo, da ima lahko klinična supervizija v zdravstvu različne učinke na zadovoljstvo in dobro počutje zaposlenih v zdravstveni negi. Nekatere raziskave so pokazale pozitivne učinke klinične supervizije, kot so povečano zadovoljstvo pri delu, zmanjšan stres, izgorelost in čustvena izčrpanost ter izboljšano delovno okolje. Prav tako klinična supervizija spodbuja profesionalno rast, občutek podpore in emocionalne kompetence. Skupno raziskavam je to, da lahko klinična supervizija pozitivno vpliva na različne vidike dela in zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi. V eni raziskavi niso

opazili bistvenih sprememb v zadovoljstvu pri delu in emocionalnih kompetencah po uvedbi klinične supervizije, kar kaže na to, da učinki klinične supervizije niso vedno enotni in so lahko odvisni od okoliščin ter izvedbe.

Diskusija

Klinična supervizija za zaposlene v zdravstveni negi v bolnišničnem okolju in drugih kliničnih okoljih ni popolnoma uveljavljena praksa, kot sta opazili Janíková & Bužgová (2021) v svoji raziskavi, kljub temu da je

Tabela 1: Značilnosti identificiranih raziskav

<i>Avtor, leto objave, država</i>	<i>Raziskovalna metodologija in metoda/raziskovalni instrument</i>	<i>Namen raziskave</i>	<i>Vzorec raziskave (n)</i>	<i>Glavne ugotovitve raziskave</i>	<i>Moč/nivo dokaza</i>
Cook et al., 2020 Avstralija	mešana metodologija, raziskava mešanih metod, spletna presečna anketa in intervju	Raziskati uporabo klinične supervizije pri medicinskih sestrah specialistkah, ki se ukvarjajo z zdravljenjem raka.	<i>n</i> = 105 zaposlenih v zdravstveni negi	Izmed 80 anketiranih in 25 intervjuvanih oseb je bilo 25 % anketiranih in 20 % intervjuvanih vključenih v klinično supervizijo. Tisti, ki so bili vključeni v klinično supervizijo, so opazili večjo stopnjo osebnih dosežkov, nižjo stopnjo depersonalizacije in večje zadovoljstvo na delovnem mestu. Večinoma so bili s klinično supervizijo zadovoljni. Visoka stopnja podpore od supervizorjev je bila povezana z boljšim zadovoljevanjem psiholoških potreb. Udeleženci intervjuja so navedli, da so bile povratne informacije supervizorjev pozitivne in potrdile kakovost oskrbe, ki so jo nudili pacientom. Povratne informacije so jih tudi spodbujale k refleksiji.	nivo 7
Hudays et al., 2023 Švica	sistematični pregled mešanih metod	Zbrati in analizirati podatke iz obstoječih raziskav o učinkih intervencije klinične supervizije na zadovoljstvo medicinskih sester pri delu in s tem povezane rezultate, kot so raven stresa, izgorelost in kakovost zdravstvene nege.	<i>n</i> = 826 zaposlenih v zdravstveni negi	Klinična supervizija pozitivno vpliva na zadovoljstvo pri delu. Zmanjšani so bili izgorelost, raven stresa, izboljšana pa je bila kakovost oskrbe. Največji učinki so bili opaženi v šestmesečnem obdobju spremljanja. Zaposleni v zdravstveni negi brez klinične supervizije niso pokazali izboljšanja znanja ali prakse.	Nivo 4
Janíková & Bužgová, 2021 Češka	kvantitativna metodologija, presečna raziskava, anketni vprašalnik	Ugotoviti, ali obstaja povezava med zadovoljstvom s supervizijo in zadovoljstvom z delom pri zdravstvenih delavcih.	<i>n</i> = 234 zaposlenih v zdravstveni negi	Obstaja povezava med zadovoljstvom s supervizijo in zadovoljstvom pri delu zaposlenih v zdravstveni negi. Anketiranci, ki so imeli izkušnje s klinično supervizijo, so bili bolj zadovoljni. Poudarjeno je, da je ključnega pomena nadaljnje izobraževanje osebja na tem področju ter promoviranje koristi supervizije.	nivo 5
Martin et al., 2021 Avstralija	mešana metodologija, sistematični pregled mešanih metod	Pregledati vpliv klinične supervizije zdravstvenih delavcev po pridobitvi kvalifikacije.	<i>n</i> = 5341 zaposlenih v zdravstveni negi	Učinkovita klinična supervizija je povezana z zmanjšano izgorelostjo in večjo ohranitvijo zaposlenih na delovnih mestih, prav tako je učinkovit supervizor povezan z manjšo izgorelostjo in večjim zadovoljstvom pri delu. Zaposleni v zdravstveni negi verjamejo, da ustreza klinična supervizija lahko zmanjša tveganje za izgorelost ter ustvari boljše delovno okolje, medtem ko nezadostna klinična supervizija lahko povzroči stres in izgorelost. Smer učinka je odvisna od učinkovitosti klinične supervizije, kot tudi od supervizorja.	nivo 7

Se nadaljuje

<i>Avtor, leto objave, država</i>	<i>Raziskovalna metodologija in metoda/raziskovalni instrument</i>	<i>Namen raziskave</i>	<i>Vzorec raziskave (n)</i>	<i>Glavne ugotovitve raziskave</i>	<i>Moč/nivo dokaza</i>
McDonough et al., 2024 Avstralija	pregled količine literature	Preučiti dokaze o povezavi med klinično supervizijo in rezultati dela za medicinske sestre na področju duševnega zdravja.	<i>n</i> = 4161 zaposlenih v zdravstveni negi	Klinična supervizija je pogosto povezana z izboljšanjem delovnih rezultatov, kot sta večje zadovoljstvo pri delu in manjša izgorelost. Rezultati glede kompetenc, delovne kulture, zadovoljstva pri delu in izgorelosti so bili mešani. Podrobnosti o vrsti klinične supervizije, ki so jo prejeli udeleženci, so bile omejene. Obvezna klinična supervizija bi lahko imela nasproten učinek.	nivo 6
O'Neil et al., 2023 Avstralija	kvalitativna metodologija, opisna raziskava	Raziskati prakso klinične supervizije pri medicinskih sestrah na področju materinske in otroške zdravstvene nege, identificirati samoocenjene potrebe medicinskih sester po superviziji ter prepoznati dejavnike, ki olajšujejo ali otežkočajo izpolnjevanje teh potreb.	<i>n</i> = 23 zaposlenih v zdravstveni negi	Klinična supervizija in reflektivna praksa sta bistveni, vendar se ne izvajata dosledno. Olajševalni dejavniki so dovolj časa, dosledne skupine, jasne vloge, prostovoljnost, zaupanje in varnost. Ovire predstavljajo velike skupine, pomanjkanje časa, slabo vodenje, organizacijski tokenizem in šibke reflektivne veščine. Skupinska supervizija pomaga medicinskim sestram, vendar prinaša izzive pri uravnoteženju podpore in kritike. Klinična supervizija in reflektivna praksa sta bistveni, vendar se ne izvajata dosledno.	nivo 7
Rocha et al., 2021 Portugalska	kvantitativna metodologija, kvaziekperimentalna raziskava, anketni vprašalniki pred in po intervenciji	Oceniti učinek izvajanja klinične supervizije (model SafeCare) na zadovoljstvo z delom medicinskih sester in čustvene kompetence.	<i>n</i> = 28 zaposlenih v zdravstveni negi	Uvedba modelov klinične supervizije je bila koristna za zaposlene v zdravstveni negi. Uvedba SafeCare Modela ni vplivala na zadovoljstvo zaposlenih in njihove čustvene kompetence. Specifični dejavniki modela, kot so število ur, namenjenih obravnavi zadovoljstva z delom in čustvenih kompetenc, izbira kliničnih supervizorjev, zaposlenih v zdravstveni negi, itd.	nivo 3

Legenda: n - število udeležencev

klinična supervizija prepoznana kot mogoča koristna za izboljšanje zdravstvene prakse. Kot orodje za poklicni razvoj zaposlenih v zdravstveni negi prinaša številne prednosti, so ugotovili Rothwell et al. (2021) v svojem pregledu literature. Učinkovitost klinične supervizije pri ohranjanju zadovoljstva pri delu zaposlenih v zdravstveni negi je bila v več raziskavah (Cook et al., 2020; Hudays et al., 2023; Janíková & Bužgová, 2021; Martin et al., 2021; McDonough et al., 2024; O'Neil et al., 2023; Rocha et al., 2021), ki smo jih vključili v končno analizo, opredeljena kot ključen element. Skupno je bilo v obravnavanih sedmih raziskavah najdenih več pozitivnih rezultatov.

Na podlagi analize literature lahko sklepamo, da je klinična supervizija v večini primerov učinkovita

pri ohranjanju zadovoljstva z delom zaposlenih v zdravstveni negi. Raziskavi avtorjev Cook et al. (2020) in Janíková & Bužgová (2021) dokazujeta pozitiven vpliv klinične supervizije na zadovoljstvo pri delu, saj so zaposleni v zdravstveni negi, vključeni v klinično supervizijo, poročali ne le o ohranitvi, temveč tudi o povečanju zadovoljstva z delom. To potrjujejo tudi avtorji dveh sistematičnih pregledov raziskav mešanih metod Hudays et al. (2023) in Martin et al. (2021). Vendar so rezultati raziskave Rocha et al. (2021) pokazali nasprotno, saj so ugotovili, da ni bilo sprememb v zadovoljstvu pri delu. Njihovi rezultati do drugačni, saj se razlikujejo od rezultatov drugih raziskav, kar avtorji pripisujejo spremembam v vodstveni ekipi in preobremenitvi članov raziskovalne skupine.

Tabela 2: Sinteza identificiranih raziskav

Raziskava	Vzorec	Izid
Cook et al., 2020	<i>n</i> = 105 zaposlenih v zdravstveni negi	↑ zadovoljstvo pri delu ↓ depersonalizacija, ↑ osebni dosežki
Hudays et al., 2023	<i>n</i> = 826 zaposlenih v zdravstveni negi	↑ zadovoljstvo pri delu ↓ izgorelost ↓ stres ↑ kvaliteta dela
Janíková & Bužgová, 2021	<i>n</i> = 234 zaposlenih v zdravstveni negi	↑ zadovoljstvo pri delu ↓ depersonalizacija ↓ stres ↑ vitalnost ↓ čustvena izčrpanost
Martin et al., 2021	<i>n</i> = 5341 zaposlen v zdravstveni negi	↑ zadovoljstvo pri delu ↓ izgorelost ↓ odhajanje - delovno okolje
McDonough et al., 2024	<i>n</i> = 4161 zaposlen v zdravstveni negi	↑ zadovoljstvo pri delu ↓ izgorelost - emocionalne kompetence ↑ delovno okolje
O'Neil et al., 2023	<i>n</i> = 23 zaposlenih v zdravstveni negi	↑ občutek podpore ↑ profesionalna rast ↓ čustvena izčrpanost
Rocha et al., 2021	<i>n</i> = 28 zaposlenih v zdravstveni negi	- zadovoljstvo pri delu - emocionalne kompetence

Legenda: *n* – število udeležencev; ↑ – se je zvišal; ↓ – se je zmanjšal; – – brez učinka

Ugotovitve različnih raziskav so podobne, saj kažejo, da supervizija zmanjšuje stres (Hudays et al. 2023; Janíková & Bužgová, 2021), čustveno izčrpanost (Janíková & Bužgová, 2021) ter izgorelost (Hudays et al. 2023; Martin et al., 2021; McDonough et al., 2024), kar pozitivno vpliva na duševno zdravje zaposlenih v zdravstveni negi (Janíková & Bužgová, 2021), kar je ključno za ustvarjanje boljše delovne klime in večjega zadovoljstva na delovnem mestu. Klinična supervizija tudi zmanjšuje depersonalizacijo (Cook et al., 2020; Janíková & Bužgová, 2021), povečuje občutek osebnih dosežkov (Cook et al., 2020) in profesionalno rast (O'Neil et al., 2023). S tem se preprečuje odhajanje zaposlenih v zdravstveni negi iz poklica (Martin et al., 2021) in prispeva k stabilnosti in učinkovitosti timov ter ohranjanju zadovoljstva na delovnem mestu. Klinična supervizija torej indirektno vpliva na zadovoljstvo pri delu z izboljšanjem kakovosti delovnega okolja (McDonough et al., 2024) in krepitevjo odnosov med člani tima, saj imajo občutek podpore (O'Neil et al., 2023). To poudarja, da ima, četudi ne vpliva neposredno na zadovoljstvo pri delu, ključno vlogo pri izboljšanju in ohranjanju zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi (Martin et al., 2021).

Čeprav obstajajo dokazi o pozitivnih vplivih klinične supervizije, je med zaposlenimi v zdravstveni negi pogosto opaziti nezanimanje ali oklevanje za vključitev v supervizijske programe (Cook et al., 2020). Ta neodločnost je lahko posledica različnih dejavnikov, kot so nepoznavanje koristi klinične supervizije za njihovo delo, strah pred ocenjevanjem

ali kritiko, pomanjkanje časa in virov ter nezadostna podpora vodstva (Rothwell et al., 2021).

Ovire pri izvajanju klinične supervizije so povezane z nejasnimi cilji, organizacijskimi napetostmi, pomanjkanjem enotnih standardov in znanja ter napačnim prepričanjem, da že sama njena omemba pomeni napredek (Masamha et al., 2022). Z vidika zaposlenih v zdravstveni negi se pri klinični superviziji največkrat soočajo s pomanjkanjem znanja, neustreznimi pogoji, kot so čas, prostor, finančnimi viri in rigidnimi prepričanji. Obenem pa organizacijska neučinkovitost, preobremenjenost, nizka motivacija in pomanjkanje odgovornosti dodatno omejujejo njen prispevek k strokovnemu razvoju in kakovosti oskrbe (Atashi et al., 2023).

Pomembno je poudariti, da organizacija, ki želi vzpostaviti individualno klinično supervizijo z namenom razvijanja strokovnih znanj in veščin medicinskih sester, ne more preprosto prevzeti načinov organizacij, katerih cilj je bila skupinska supervizija s poudarkom na čustveni podpori. Pri uvajanju takšnih praks je ključno jasno opredeliti lastna izhodišča in pričakovanja ter graditi skupno razumevanje tako teoretičnih kot praktičnih vidikov želenih pristopov. Le tako lahko učinkovito prepoznamo, kako se različni modeli, procesi in okolja med sabo prepletajo in vplivajo na izvajanje (Ryu et al., 2024).

McDonough et al. (2024) poudarjajo, da bi obvezna klinična supervizija, če ne upošteva delovnih obremenitev, lahko povečala stres, poslabšala oskrbo in negativno vplivala na osebje. Za uspešno uvedbo

klinične supervizije se zahteva velika predanost zaposlenih v zdravstveni negi, čeprav je v praksi zaradi delovnih razmer pogosto zanemarjena (Bifarin & Stonehouse, 2017). Primer dobre prakse je model PNA (angl. *Professional Nurse Advocate*), ki temelji na uspešnem modelu PMA (angl. *Professional Midwifery Advocate*) v babištvu. Je nacionalni angleški program za razvoj kliničnega vodenja in zagovorništva medicinskih sester, ki temelji na modelu A-EQUIP (angl. *Advocating and Educating for QQuality ImProvement*) (National Health Service England, 2016) in vključuje štiri ključne komponente Proctorjevega modela klinične supervizije (Proctor, 1986): spremljanje, evalvacijo in nadzor kakovosti (normativni vidik), izobraževanje in razvoj (formativni vidik), obnovitveno klinično supervizijo (restorativni vidik) ter osebno ukrepanje za izboljševanje kakovosti (QI). *Royal Wolverhampton National Health Service Trust* je uvedel vlogo PNA kot odgovor na pomanjkanje učinkovite supervizije in izzive z zadrževanjem kadra. V sodelovanju z univerzo so razvili izobraževanje, vzpostavili podporno strukturo in pripravili lokalni okvir za izvajanje vloge. Kljub začetnim izzivom pri prenosu teorije v prakso so dosegli cilj prej kot načrtovano. Prvi odzivi so pozitivni, evalvacija še poteka, nadaljujejo pa s širjenjem in podporo vlogi v celotni organizaciji (National Health Service England, 2025).

Povezava med klinično supervizijo in zadovoljstvom pri delu je bila predmet raziskav že od devetdesetih let prejšnjega stoletja (Janíková & Bužgová, 2021). Različne raziskave (Cook et al., 2020; Kühne et al., 2019; Martin et al., 2021; Rocha et al., 2021) na to temo so se soočale z različnimi omejitvami. Ena izmed ključnih omejitev, ki smo jih opazili med pregledom raziskav, je pomanjkljivost metodologije pri kvantitativnih raziskavah, kar lahko vpliva na zanesljivost in veljavnost rezultatov, ki jih te raziskave ponujajo (Martin et al., 2021).

Dodatne omejitve vključujejo odsotnost kontrolne skupine, majhno število udeležencev in pristranskost pri izvajanju raziskav. Vzorec, ki je omejen po številu in sestavljen pretežno iz posameznikov z enakim strokovnim ozadjem, lahko omeji količino in posploševanje rezultatov, medtem ko lahko pristranskost vpliva na verodostojnost ugotovitev (Cook et al., 2020; Rocha et al., 2021). Na področju klinične supervizije je pomanjkanje kvantitativnih raziskav, kar zmanjšuje razumevanje in napredek na tem področju (Rocha et al., 2021), saj so raziskave o vplivu klinične supervizije večinoma kvalitativne ali temeljijo na samoporočanju ob določenem času. Presečne raziskave so manj zanesljive, kot so longitudinalne ali randomizirane raziskave pri vrednotenju intervencij (Wallace et al., 2022).

Glede na dosedanje ugotovitve je smiselno predlagati nadaljnje raziskave v okviru klinične supervizije. Kljub nekaterim obstoječim kvantitativnim raziskavam o

klinični superviziji je treba izvesti dodatne raziskave, ki bodo spodbudile razvoj znanstvenoraziskovalnega dela na tem področju. V praksi se namreč soočamo s pomanjkanjem trdnih dokazov o uporabi klinične supervizije, še posebej pomembno pa je raziskovanje o izobraževanju, ki ga prejemajo udeleženci klinične supervizije in njenem izvajanju (Rocha et al., 2021). Zaradi teh omejitev je izjemno pomembno nadaljnje raziskovanje, ki bi obravnavalo več zaposlenih v zdravstveni negi, vključenih v klinično supervizijo. To bi nam omogočilo boljše razumevanje najučinkovitejših oblik klinične supervizije in mogočih omejitev pri njihovi uporabi na delovnem mestu (Cook et al., 2020). Raziskave o klinični superviziji bi morale biti bolj natančne in metodološko strožje, saj bi to povečalo njihovo verodostojnost in uporabnost. Ključni vidiki izboljšanja vključujejo natančne opise izvedbe raziskav, preučevanje aktivnih supervizijskih intervencij, upoštevanje različnih domen izidov in raziskovanje s širšega metateoretskega vidika (Kühne et al., 2019). Pomembno je tudi, da se raziskovalci opirajo na obstoječe dokaze in jasno poročajo o vplivih novih spoznanj, saj to prispeva k veljavnosti in uporabnosti raziskav (Lund et al., 2021).

Pregled literature je uporaben v zdravstveni negi na več področjih. V praksi omogoča boljše razumevanje, kako učinkovito izvajanje klinične supervizije vpliva na motivacijo, zmanjšanje izgorelosti in izboljša delovno okolje ter posledično vpliva na zadovoljstvo zaposlenih v zdravstveni negi. V povezavi z raziskovanjem pomaga pri prepoznavanju vrzeli v trenutnem znanju in oblikovanju novih raziskav. Obenem lahko vpliva na učne načrte in izobraževalne programe z željo po boljši usposobljenosti bodočih zaposlenih v zdravstveni negi na izzive v praksi. Na ravni zdravstvene politike lahko koristi kot temelj za oblikovanje strategij, ki podpirajo učinkovite supervizijske prakse in vplivajo na izboljšanje delovnih pogojev. Organizacije lahko k temu prispevajo z zagotavljanjem izobraževanj za supervizorje ter dodeljevanjem ustreznega časa in virov za izvajanje klinične supervizije. Na nacionalni ravni lahko država oblikuje standarde in smernice, ki vključujejo klinično supervizijo kot sestavni del kakovostne zdravstvene oskrbe ter omogočajo financiranje raziskav in razvoja na tem področju. Politični odločevalci lahko s sprejemanjem zakonodaje in vključevanjem klinične supervizije v reforme zdravstvenega sistema spodbujajo trajnostno podporo in razvoj praks, ki krepijo dobrobit zaposlenih v zdravstveni negi.

Pri izvedbi pregleda literature smo naleteli na več pomembnih omejitev. Prvič, pregled je bil omejen na obdobje med letoma 2015 in 2025, kar lahko vpliva na izključitev predhodnih raziskav, ki bi lahko prispevale k širšemu razumevanju izvajanja klinične supervizije. Poleg tega je bila vključenost literature omejena na vire, objavljene v angleškem jeziku, kar povečuje tveganje jezikovne pristranskosti in

zmanjšuje reprezentativnost globalnih spoznanj. Druga pomembna omejitev je metodološka heterogenost vključenih raziskav. Različni raziskovalni načrti, vzorčni in meritveni pristopi otežkočajo neposredno primerjavo rezultatov ter sintezo ugotovitev. Zaradi širšega pristopa, značilnega za preglede, nismo izvedli poglobljene kritične ocene kakovosti vseh vključenih virov, kar prav tako vpliva na interpretacijo rezultatov.

Na podlagi ugotovljenih omejitev priporočamo, da se prihodnje raziskovalne projekte in implementacijo klinične supervizije usmeri v več ključnih smeri. Najprej je smiselno razširiti časovni okvir pregleda literature in vključiti tudi raziskave, objavljene pred letom 2015, saj bi to omogočilo boljše razumevanje razvoja klinične supervizije skozi čas. Hkrati je pomembno vključiti vire, objavljene v različnih jezikih in iz širšega geografskega prostora, kar bo pripomoglo k bolj reprezentativni in globalni sliki področja. Za izboljšanje metodološke doslednosti je priporočljivo uporabiti standardizirana orodja za oceno kakovosti raziskav, ki omogočajo boljšo primerljivost in večjo zanesljivost ugotovitev. Nadaljnje raziskave naj temeljijo na kombinaciji kvantitativnih in kvalitativnih načinov. Poglobljene kvalitativne študije, ki vključujejo vidike tako supervizorjev kot supervizirancev ter po možnosti tudi pacientov, lahko osvetlijo specifične izzive in prednosti supervizijske prakse ter prispevajo k oblikovanju praktičnih smernic. Posebna pozornost naj bo namenjena dolgoročnim učinkom klinične supervizije na kakovost dela in izide zdravstvene obravnave, saj trenutno primanjkuje tovrstnih podatkov.

Na sistemski ravni je nujno razviti nacionalne smernice za izvajanje klinične supervizije, ki vključujejo strukturirana usposabljanja, izboljšanje organizacijske infrastrukture in prilagoditve politik financiranja. Le s celostnim in sistematičnim pristopom bo mogoče zagotoviti trajnostni razvoj klinične supervizije in njeno učinkovito umeščanje v vsakdanjo klinično prakso. Goode et al. (2025) poudarjajo, da je za učinkovito uvedbo klinične supervizije ključno zagotoviti namensko določen čas. Obenem tudi opozarjajo, da, kljub temu da lahko klinična supervizija postane del regulativnih okvirov, izvajalci pogosto naletijo na težave pri njeni izvedbi in ohranjanju. Nujni sta jasna usmeritev in podpora, ki omogočata ustvarjalno spoprijemanje s kliničnimi izzivi.

Zaključek

V pregledu literature smo ugotovili, da ima klinična supervizija pomembno povezavo pri ohranjanju in povečevanju zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi na delovnem mestu, čeprav se njena vloga v razvoju zdravstvene nege pogosto spregleda. Ugotovili smo tudi, da klinična supervizija izboljšuje splošno počutje zaposlenih in kakovost njihovega dela. Prav tako smo opazili nekatera odprta vprašanja, kot so vpliv individualnih značilnosti zaposlenih v zdravstveni negi in specifičnih delovnih pogojev na izid klinične

supervizije ter optimalna dolžina postopka za doseglo najboljših rezultatov. Ta vprašanja predstavljajo mogoča področja za nadaljnje raziskave. Z nadaljnjim raziskovanjem bi lahko bolje razumeli vlogo klinične supervizije in s tem izboljšali obstoječe načine delovanja v zdravstvenih ustanovah, kar bi prispevalo k boljši oskrbi pacientov. Pomembno je tudi spoznanje, da je kakovost zdravstvenega varstva bolj ali manj odvisna od zadovoljstva z delom zaposlenih v zdravstveni negi, saj imajo ti ključno vlogo v zdravstvenem sistemu.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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, ki ne vključuje zbiranja ali obdelave osebnih podatkov oziroma neposrednega dela z udeleženci, etično dovoljenje ni bilo potrebno./To conduct the research according to the chosen methodology, which does not involve the collection or processing of personal data or direct interaction with participants, ethical approval was not required.

Prispevek avtorjev/Author contributions

Vse avtorice so enakovredno prispevale k celotni izvedbi in oblikovanju članka./All authors contributed equally to the execution of the study and the conceptualisation of the article.

Literatura

Alshmemri, M., Shahwan-Akl, L., & Maude, P. (2017). Herzberg's two-factor theory. *Life Science Journal*, 14(5), 12–16. <https://doi.org/10.7537/marslsj140517.03>

Atashi, V., Movahedi Najafabadi, M., Afshari, A., & Ghafari, S. (2024). Barriers to effective clinical supervision from the perspective of nurses: A descriptive qualitative study. *Nursing Open*, 11, Article e2028.

<https://doi.org/10.1002/nop2.2028>

PMid:38268257; PMCID:PMC10721941

Ayalew, E., & Workineh, Y. (2020). Nurses' intention to leave their job and associated factors in Bahir Dar, Amhara Region, Ethiopia, 2017. *BMC Nursing*, 19(46), Article 46.

<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00439-5>

PMid:32523425; PMCID:PMC7278137

- Babapour, A.R., Gahassab-Mozaffari, N. & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21, Article 75.
<https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>
PMid:35361204; PMCID:PMC8968092
- Bagheri Hossein Abadi, M., Shahsavari, H., Ghafouri, H. B., Alavi, M., & Kalyani, M. N. (2020). Relationships between job satisfaction and job demand, job control, social support, and depression in Iranian nurses. *The Journal of Nursing Research*, 29(2), Article e143.
<https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000410>
PMid:33156140
- Bifarin, O., & Stonehouse, D. (2017). Clinical supervision: An important part of every nurse's practice. *British Journal of Nursing*, 26(6), 331–335.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.6.331>
PMid:28345984
- Brooks Carthon, J. M., Hatfield, L., Brom, H., Houton, M., Kelly-Hellyer, E., Schlak, A., & Aiken, L. H. (2021). System-level improvements in work environments lead to lower nurse burnout and higher patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(1), 7–13.
<https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000475>
PMid:32102025; PMCID:PMC7483185
- Butterworth, T. (2022) What is clinical supervision and how can it be delivered in practice? *Nursing Times*, 118(2), 20–22.
<https://www.nursingtimes.net/leadership/what-is-clinical-supervision-and-how-can-it-be-delivered-in-practice-17-01-2022/>
- Cajvert, L., Palm, K., & Tillfors, M. (2016). *ECVision evropski pojmovnik supervizije in koučinga*. Društvo za supervizijo, koučing in organizacijsko svetovanje.
<http://www.drustvozasupervizijo.si/o-superviziji>
- Cook, O., Hua, P., & Yeganeh, L. (2020). Australian specialist and advanced practice cancer nurses' engagement in clinical supervision: A mixed methods study. *Australian Journal of Cancer Nursing*, 21(2), 21–27.
<https://doi.org/10.33235/ajcn.21.2.21-27>
- Dobnik M, Maletič, M. & Skela Savič, B. (2018). Work-related stress factors in nurses at Slovenian hospitals: A cross-sectional study. *Zdravstveno varstvo*, 57(4), 192–200.
<https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0024>
- Driscoll, J. (2019). Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice. *Nursing Standard*, 34(5), 43–50.
<https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11228>
PMid:31468814
- Goode, S., Hodge, G. & Cross, D. (2025) A guide in undertaking core clinical supervision: Supervisors' experiences in implementing core clinical supervision in general practice. *Practice Nursing*, 36(1), 19–25.
<https://doi.org/10.12968/pnur.2025.36.1.19>
- Hudays, A., Gary, F., Voss, J. G., Hazazi, A., Arishi, A., & Al-sakran, F. (2024). Job Satisfaction of nurses in the context of clinical supervision: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(1), Article 6.
<https://doi.org/10.3390/ijerph21010006>
PMid:38276794; PMCID:PMC10815815
- Janíková, E., & Bužgová, R. (2021). Satisfaction with supervision of healthcare workers in relation to job satisfaction and selected characteristics of supervision. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 12(4), 487–494.
<https://doi.org/10.15452/CEJNM.2021.12.0004>
- Kavšak, A., & Prosen, M. (2021). Vpliv zadovoljstva z delom na pojav izgorelosti med medicinskimi sestrami. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 7–15.
<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3018>
- Kooktapeh, G. Z., Dustmohammadloo, H., Mehrdoost, H. & Fatehi, F. (2023, December 22). In the line of fire: A systematic review and meta-analysis of job burnout among nurses.
<https://www.scienceopen.com/document/read?vid=231297d2-0773-427e-a38b-d6fe1bb060b7>
- Kühne, F., Maas, J., Wiesenthal, S., & Weck, F. (2019). Empirical research in clinical supervision: A systematic review and suggestions for future studies. *BMC Psychology*, 7(1), Article 54.
<https://doi.org/10.1186/s40359-019-0327-7>
PMid:31439041; PMCID:PMC6706910
- Lorber, M. (2018). A healthy work environment: care for the well-being and health of employees in nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3), 148–152.
<https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.3.851>
- Lund, H., Juhl, C. B., Nørgaard, B., Draborg, E., Henriksen, M., Andreasen, J., Christensen, R., Nasser, M., Ciliska, D., Tugwell, P., Clarke, M., Blaine, C., Martin, J., Ban, J. W., Brunnhuber, K., Robinson, K. A., & Evidence-Based Research Network (2021). Evidence-based research series-paper 3: Using an evidence-based research approach to place your results into context after the study is performed to ensure usefulness of the conclusion. *Journal of Clinical Epidemiology*, 129, 167–171.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.07.021>
PMid:32979490
- Mabona, J. F., van Rooyen, D., & Ten Ham-Baloyi, W. (2022). Best practice recommendations for healthy work environments for nurses: An integrative literature review. *Health SA*, 27, Article 1788.
<https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1788>
PMid:35548062; PMCID:PMC9082217

- Masamha, R., Alfred, L., Harris, R., Bassett, S., Burden, S. & Gilmore, A. (2022). Barriers to overcoming the barriers: A scoping review exploring 30 years of clinical supervision literature. *Journal of Advanced Nursing*, 78, 2678–2692. <https://doi.org/10.1111/jan.15283> PMID:35578563; PMCID:PMC9546137
- Martin, P., Lizarondo, L., Kumar, S., & Snowdon, D. (2021). Impact of clinical supervision on healthcare organisational outcomes: A mixed methods systematic review. *PLoS One*, 16(11), Article e0260156. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260156> PMID:34797897; PMCID:PMC8604366
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- McDonough, J. H., Rhodes, K., & Procter, N. (2024). Impact of clinical supervision on the mental health nursing workforce: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 14(3), Article e078765. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078765> PMID:38531589; PMCID:PMC10966816
- Modaresnezhad, M., Andrews, M.C., Mesmer-Magnus, J., Viswesvaran, C., & Deshpande, S. (2021). Anxiety, job satisfaction, supervisor support and turnover intentions of mid-career nurses: A structural equation model analysis. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 931–942. <https://doi.org/10.1111/jonm.13229> PMID:33617110
- Mohamed, F. R. & Mohamed Ahmed, H. (2019). Clinical supervision factors as perceived by the nursing staff. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(6), 67–72. <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n6p67>
- Morton, D., Roodt, G., & Pekeur, N. W. (2020). Job satisfaction of registered nurses in a private critical care unit in the Eastern Cape: A pilot study. *Health SA*, 25, Article 1345. <https://doi.org/10.4102/hsag.v25i0.1345> PMID:33354354; PMCID:PMC7736666
- Mulisa, D., Yitbarek, K., & Tesfaye, T. (2022). Nurses are leaving the nursing profession: A finding from the willingness of the nurses to stay in the nursing profession among nurses working in selected public hospitals of Wollega Zones, Oromia, Ethiopia. *SAGE Open Medicine*, 10, Article 20503121221081755. <https://doi.org/10.1177/20503121221081755> PMID:35284075; PMCID:PMC8908397
- Nantsupawat A., Kunaviktikul W., Nantsupawat R., Wichaikhum O.-A., Thienthong H., & Poghosyan L. (2017) Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International Nursing Review*, 64, 91–98. <https://doi.org/10.1111/inr.12342> PMID:27882573
- National Health Service England. (2016, April 12) *A-EQUIP a model of clinical midwifery supervision*. <https://www.england.nhs.uk/mat-transformation/implementing-better-births/a-equip/a-equip-midwifery-supervision-model/>
- National Health Service England. (2025). *PNA implementation*. <https://www.england.nhs.uk/nursingmidwifery/delivering-the-nhs-ltp/professional-nurse-advocate/case-studies/pna-implementation/>
- Okuhara, M., Sato, K., & Kodama, Y. (2021). The nurses' occupational stress components and outcomes, findings from an integrative review. *Nursing Open*, 8(5), 2153–2174. <https://doi.org/10.1002/nop2.780> PMID:33635606; PMCID:PMC8363363
- O'Neil, A., Hooker, L., & Edvardsson, K. (2023). 'What is it we are trying to achieve here?' Community maternal and child health nurses and clinical supervision: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(10), 3837–3847. <https://doi.org/10.1111/jan.15725> PMID:37283322
- Oshodi, T. O., Bruneau, B., Crockett, R., Kinchington, F., Nayar, S., & West, E. (2019). The nursing work environment and quality of care: Content analysis of comments made by registered nurses responding to the Essentials of Magnetism II scale. *Nursing Open*, 6(3), 878–888. <https://doi.org/10.1002/nop2.268> PMID:31367411; PMCID:PMC6650677
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372, Article n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71> PMID:33782057; PMCID:PMC8005924
- Platis, C., Reklitis, P., & Zimeras, S. (2015). Relation between job satisfaction and job performance in healthcare services. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 175, 480–487. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.1226>
- Proctor, B. (1986). Supervision: A cooperative exercise in accountability. In M. Marken & M. Payne (Eds.), *Enabling and ensuring: Supervision in practice* (pp. 21–34). National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work.
- Rocha, I. A. D. R. E. S., Pinto, C. M. C. B. & Carvalho, A. L. R. F. (2021). Impact of clinical supervision on job satisfaction and emotional competence of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(6), Article e20210125. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0125> PMID:34320147

- Rodríguez-García, M. C., Fernández-Feito, A., Ramos-Pichardo, J. D., Rivas-Ruiz, F., & Gómez-Salgado, J. (2021). The connection of the clinical learning environment and supervision of nursing students with student satisfaction and future intention to work in clinical placement hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7–8), 986–994. <https://doi.org/10.1111/jocn.15642> PMID:33432645
- Rothwell, C., Kehoe, A., Farook, S. F. & Illing, J. (2021). Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: A rapid evidence review. *BMJ Open*, 11(9), Article e052929. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052929> PMID:34588261; PMCID:PMC8479981
- Ryu, H., Buus, N., Naccarella, L., Zarb, L., & Hamilton, B. (2024). Factors that influence the clinical supervision implementation for nurses: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(11), 7297–7310. <https://doi.org/10.1111/jan.16390> PMID: 39140801
- Senek, M., Robertson, S., Ryan, T., King, R., Wood, E., Taylor, B., & Tod, A. (2020). Determinants of nurse job dissatisfaction: Findings from a cross-sectional survey analysis in the UK. *BMC Nursing*, 19, Article 88. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00481-3> PMID:32963498; PMCID:PMC7499408
- Sewell, K. (2018). Social work supervision of staff: A primer and scoping review (2013–2017). *Clinical Social Work Journal*, 46(4), 252–265. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0679-0>
- Sharififard, F., Asayesh, H., Rahmani, A. N., Qorbani, M. & Akbari, V. (2019). Intention to leave the nursing profession and its relation with work climate and demographic characteristics. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(6), 457–461. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_209_18 PMID:31772921; PMCID:PMC6875889
- Wallace, S. S., Barak, G., Truong, G., & Parker, M. W. (2022). Hierarchy of evidence within the medical literature. *Hospital Pediatrics*, 12(8), 745–750. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2022-006690> PMID:35909178
- Watkins, C. E. (2020). What do clinical supervision research reviews tell us? Surveying the last 25 years. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(2), 190–208. <https://doi.org/10.1002/capr.12287>

Citirajte kot/Cite as:

Trajbarič, T., Gosak, L., & Čuček Trifkovič, K. (2025). Učinkovitost klinične supervizije na zadovoljstvo na delovnem mestu pri zaposlenih v zdravstveni negi: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(4), 264–275. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.4.3285>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Razmah komercialnih genetskih in genomskih testiranj ter izzivi za medicinske sestre: pregled literature

Challenges for nurses amid the rise of direct-to-consumer genetic and genomic testing: A scoping review

Tjaša Vrhovnik Mlekuž^{1,*}, Marija Milavec Kapun²

Ključne besede: elektivna genomika; genetsko svetovanje; genomski pismenost; zdravstvena nega

Keywords: elective genomics; genetic counselling; genomic literacy; nursing

¹ Fakulteta za družbene vede, Kardeljeva ploščad 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

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

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
tjasa.vrhovnik-mlekuz@fdv.uni-lj.si

IZVLEČEK

Uvod: Razvoj genetike in genomike pomeni nove možnosti v medicini in zdravstveni negi. Genetsko testiranje, ki je osnova za te klinične dejavnosti, se je pojavilo tudi kot komercialna, samoplačniška spletna storitev. Namen pregleda literature je ugotoviti izzive za zdravstveno nego v povezavi z razvojem trga komercialnih genetskih in genomskih testiranj.

Metode: Uporabljena je deskriptivna metoda dela s pregledom razpoložljive literature. V bazah PubMed/Medline, CINAHL Ultimate in ScienceDirect je bilo z uporabo Boolovih operatorjev izvedeno iskanje po ključnih besedah *direct-to-consumer testing*, *genetic counselling* in *nursing* ter sopomenkah. Zajeta je bila literatura v angleškem jeziku, ki ni bila starejša od deset let. Od zajetih 280 zadetkov je bilo analiziranih 12 člankov, ki so bili ovrednoteni glede na dokazno moč. Uporabljena je bila metoda tematske analize.

Rezultati: Identificirane so štiri glavne teme: izkušnje zdravstvenih delavcev s komercialnim genetskim ali genomskim testiranjem, informiranje o komercialnem genetskem ali genomskem testiranju, kompetence medicinskih sester in vprašanje regulacije komercialnega genetskega in genomskega testiranja.

Diskusija in zaključek: Na opisanem področju je malo empiričnih raziskav in znanstvene literature. Za splošno spopadanje z genomiko medicinske sestre potrebujejo ustrezno znanje. Smiselno je nadaljnje raziskovanje z že validiranimi vprašalniki, izdelava prototipne učne vsebine o komercialnem testiranju za medicinske sestre in oblikovanje ekspertnih mnenj po metodi Delfi o pomenu in načinih osveščanja različnih javnosti glede problematike komercialnega genetskega in genomskega testiranja.

ABSTRACT

Introduction: Recent developments in genetics and genomics have brought about new opportunities in medicine and nursing. Genetic testing, which underpins these clinical activities, has also emerged as a commercial, web-based service. The aim of this study was to identify the challenges that commercial genetic and genomic testing presents for nursing.

Methods: A literature review was conducted using the PubMed/Medline, CINAHL Ultimate, and ScienceDirect databases with the following search terms: 'direct-to-consumer', 'nursing', 'genetic counselling' and their synonyms. The literature search yielded 12 papers, which were screened according to evidence strength.

Results: Four main themes were identified: the experience of health professionals with direct-to-consumer genetic testing, informing nurses about direct-to-consumer genetic testing, discussions about nurses' competencies in relation to direct-to-consumer genetic testing and concerns about the regulation of direct-to-consumer genetic testing.

Discussion and conclusion: There is a very limited body of empirical research and scientific literature on direct-to-consumer genetic testing in relation to nursing. Addressing commercial genomic testing and genomics in general will require nurses to possess adequate knowledge and competencies. Further research is needed, which could include the use of validated questionnaires, the creation of prototype teaching content about commercial testing for nurses, and the utilisation of the Delphi method to identify expert opinions on the importance of educating various segments of the public regarding commercial genetic and genomic testing.



Prejeto/Received: 25. 10. 2023
Sprejeto/Accepted: 5. 10. 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

Genetsko testiranje je v ožjem pomenu laboratorijska analiza dednega materiala – od števila kromosomov do analize posameznih nukleotidov deoksiribonukleinske kisline (DNA) (Durmaz et al., 2015). Sekvencioniranje celotnega človeškega genoma ob prelomu tisočletja je trajalo leta; danes naprave sekvencionirajo več kot 50 človeških genomov dnevno za okoli 200 ameriških dolarjev (Taylor, 2022). K razumevanju genov pri izražanju lastnosti ključno prispevajo populacijske genomske asociacijske raziskave, ki na populacijskih vzorcih primerjajo različne točke genoma z lastnostmi ali boleznimi (Evropska komisija, 2023; National Human Genome Research Institute, 2020).

Genetsko testiranje v kliničnem okolju temelji na medicinskih indikacijah. Testi morajo biti klinično uporabni, senzitivni in specifični. Izidi so lahko pozitivni, negativni, različice nejasnega pomena in naključne najdbe potencialno patogenih variant (Krajc et al., 2020). Interpretacija mora vključevati osebno in družinsko anamnezo, klinični pregled in drugo diagnostiko (Katz et al., 2020). Interpretacija rezultatov genetskega testiranja že pri monogenih boleznih ni enoznačna, pri poligenih boleznih pa je še kompleksnejša tudi zaradi še neodkritih in nerazjasnenih asociacij (Sweet & Michaelis, 2011). Izračuni tveganja za pojavnost bolezni variirajo glede na znane asociacije, organizacije, ki izvajajo testiranje, in uporabljene baze asociacij, pa tudi glede na lastnosti in življenjski slog posameznika (Snyder, 2016). Razlago zapletejo izražene značilnosti genov: penetranca, ekspresija, anticipacija, pleiotropija in druge (Sweet & Michaelis, 2011). Zaradi kompleksnosti interpretacije in dokončnosti genomskih najdb je v kliničnem okolju uveljavljena celostna genetska obravnava: oblikovanje družinskega drevesa, družinska anamneza, razlaga o dedovanju, pojasnitev lastnosti testov, njihove klinične uporabnosti in veljavnosti, možnosti preventive in nadaljnjih ukrepov ipd. Na voljo je čustvena in psihosocialna podpora pacientom (Genetic Counsellor Registration Board, 2017; Krajc et al., 2020). Multidisciplinarni svetovalni tim sestavljajo zdravniki specialisti klinične genetike, kirurgije in ginekologije ter molekularni biolog, psiholog in diplomirana medicinska sestra (Krajc et al., 2014).

Z razvojem genomike in nižanjem stroškov testiranja se je genetsko testiranje pojavilo tudi kot komercialno genetsko in genomsko testiranje (23andMe, n. d.; Geneplanet, n. d.). Naročilo uporabnik opravi po spletu, nato po pošti dobi komplet za odvzem biološkega vzorca (slina, bris bukalne sluznice). Čez nekaj tednov uporabnik prejme rezultate analize na podlagi poslanega vzorca. Ocene kažejo, da je tako storitev uporabilo že več kot 41 milijonov ljudi (Janzen, 2022). Večina ponudnikov komercialnih genetskih in genomskih testiranj ne zagotavlja genetskega svetovanja in podpore ob slabih izidih (Vrecar et al., 2015) ali pa je to mogoče kot dodatna, plačljiva storitev

(Dante Labs, n. d.; Sequencing, n. d.). Nezaustojljivo razumevanje ali neustrezna interpretacija genskih rezultatov brez ustreznega konteksta lahko vodi do napačnih zaključkov, nepotrebnih zdravstvenih posegov ali lažne prepričanosti o nizkem tveganju (Dinulos & Vallee, 2020).

Področje komercialnega genetskega in genomskega testiranja je slabo regulirano: v Ameriki minimalno (Food and Drug Administration (FDA), 2019), v Evropi razdrobljeno (Kalokairinou et al., 2018), v Sloveniji uporabnike zaščitijo posredno povezani zakoni (varstvo potrošnikov, zaščita osebnih podatkov). Zaradi spletne izmenjave podatkov narašča tveganje za kršenje načela zasebnosti in varstva osebnih podatkov, obstaja pa tudi možnost diskriminacije (Orlando & Rosoff, 2019). Čeprav genski podatki ne bi smeli biti dostopni zavarovalnicam in delodajalcem, te storitve v Sloveniji ponujata celo največji zavarovalnici (Zavarovalnica Sava, n. d.; Zavarovalnica Triglav, n. d.). Razširjeni strokovni kolegij za medicinsko genetiko (2018) in Strokovni svet za medicinsko genetiko pri Slovenskem zdravniškem društvu (Teran et al., 2014) opozarjata, da mora genetsko testiranje ostati omejeno na klinično okolje.

Napredek v genomiki zahteva izobraževanje pacientov in dvig ravni genomske pismenosti, pri čemer imajo ključno vlogo medicinske sestre, ki pa praviloma nimajo dovolj znanja. Komercializacija genomike vpliva na njihovo delo, zato morajo najmanj poznati etične, pravne in socialne spremembe, še posebno, ko se genetsko testiranje izvaja izven kliničnega okolja (Hammer, 2019).

Namen in cilji

Namen pregleda literature je raziskati izzive, ki jih zdravstveni negi predstavlja neposredno trženje genetskih in genomskih testiranj končnim uporabnikom. Cilj je ugotoviti naravo izzivov, identificirati področja zdravstvene nege, ki se jih ta testiranja tičejo, in opredeliti vlogo medicinskih sester v luči teh testiranj. Oblikovali smo raziskovalno vprašanje: Kateri so izzivi zdravstvene nege v povezavi s hitrim razvojem trga komercialnih genetskih in genomskih testiranj?

Metode

Opravili smo pregled literature.

Metoda pregleda

Iskanje relevantne literature, ki smo ga izvedli 21. novembra 2022, smo opravili v bibliografskih bazah PubMed/Medline, CINAHL Ultimate in ScienceDirect. Pri oblikovanju iskalnih nizov smo uporabili Boolova operatorja (AND/OR) ter upoštevali najboljše prakse iskalnih strategij za posamezno bazo. Iskalni pojmi so bili: *direct-to-consumer genetic screening, testing, tests,*

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Vključitveni kriteriji	Izključitveni kriteriji
Objava v znanstveni reviji	Objava pred letom 2012
Objava v strokovni reviji	Dvojniki
Objava v angleščini	Tematsko nepovezana literatura
	Literatura o komercialnih genetskih testih za živali

commercial DNA, genetic counselling, nurse, nursing, health worker, professional, educator, health personnel, health educators. Vključitvena in izključitvena merila so predstavljena v Tabeli 1.

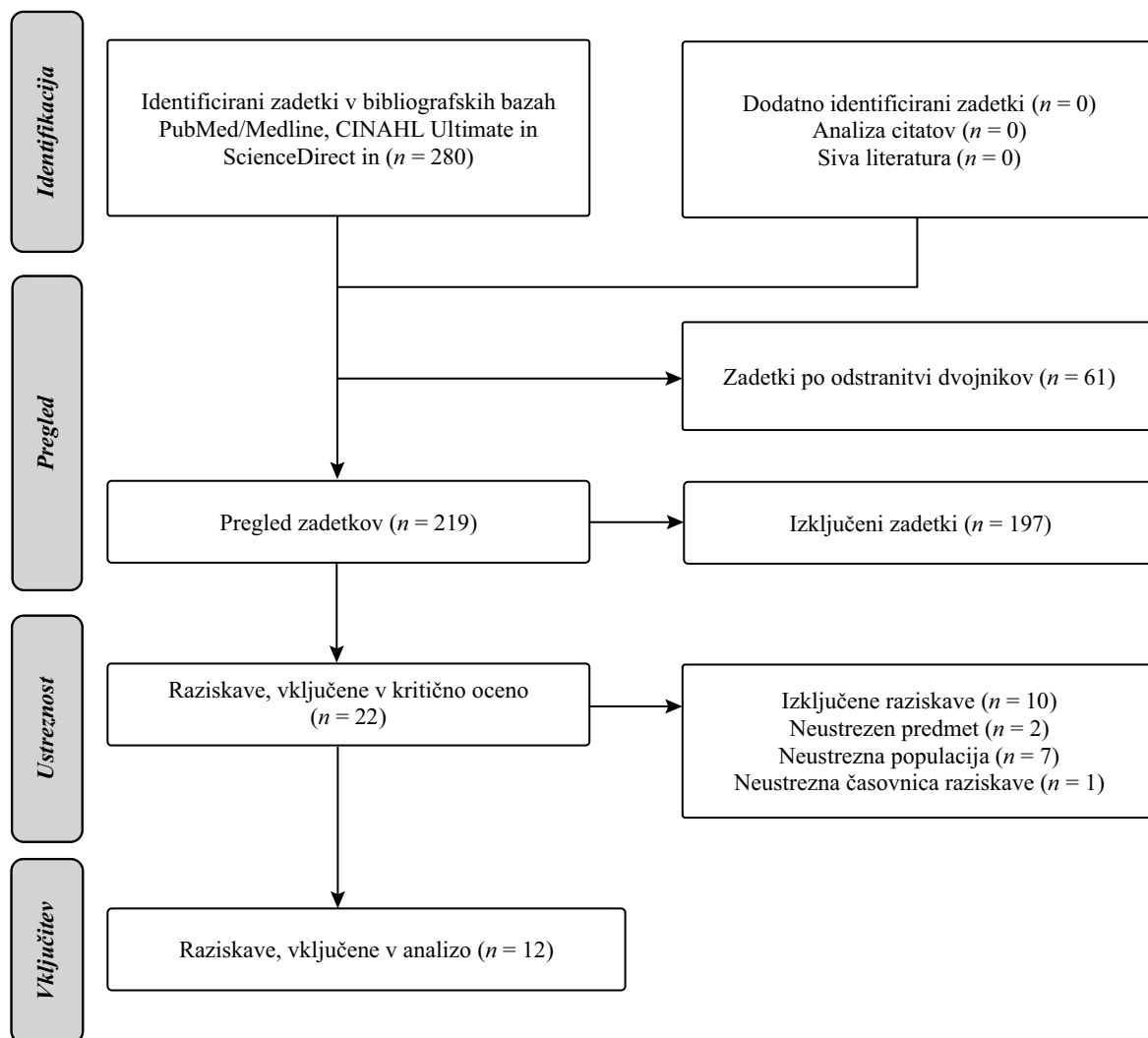
Rezultati pregleda

Proces iskanja literature je ponazorjen v diagramu PRISMA (Page et al., 2021), kar prikazuje Slika 1. Z iskalnim nizom smo pridobili začetni skupni nabor zadetkov ($n = 280$). Identificirali in odstranili smo dvojnike ($n = 61$). Po pregledu zadetkov po naslovih in

povzetkih ter dodatnem izločanju smo dobili korpus za kritično oceno ($n = 22$). Nazadnje smo izločili še raziskave z neustreznim predmetom, populacijo in časovnico. Preostale zadetke ($n = 12$) smo vključili v analizo.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Kakor prikazuje Tabela 2, smo dokazno moč raziskav, vključenih v analizo, ocenili po osemstopenjski lestvici po avtorjih Polit & Beck (2022), pri čemer ima najvišjo

**Slika 1:** Diagram poteka pregleda literature (Page et al., 2021)

dokazno vrednost (1) sistematični pregled literature, sledijo (2) randomizirane klinične raziskave, (3) nerandomizirane raziskave, eksperimenti, (4) prospektivne/kohortne raziskave, (5) retrospektivne raziskave s kontrolno skupino, (6) presečne raziskave, (7) poglobljene kvalitativne raziskave ter (8) ekspertna mnenja in študije primerov.

Za identifikacijo in oblikovanje tem smo uporabili metodo tematske analize (Kiger & Varpio, 2020), ki vključuje šest stopenjsko tematsko analizo: a) seznanitev s podatki, b) generiranje začetnih kod, c) iskanje tem, d) pregledovanje tem, e) definiranje in poimenovanje tem ter f) izdelava poročila.

Rezultati

Identificirali smo naslednje teme: izkušnje zdravstvenih delavcev s komercialnimi genetskimi in genomskimi testiranjem, informiranje o komercialnih genetskih in genomskih testiranjih, kompetence medicinskih sester ter vprašanje regulacije komercialnih genetskih in genomskih testiranj (Tabela 2).

Izkušnje zdravstvenih delavcev s komercialnim genetskim in genomskim testiranjem

Beccia et al. (2022) so raziskovali znanje, stališča in vedenja javnozdravstvenih delavcev, članov Evropskega združenja za javno zdravje, med katerimi so bile tudi medicinske sestre. Ugotovili so visoko stopnjo ozaveščenosti o komercialnih genetskih in genomskih testiranjih. Večina od 332 vprašanih je menila, da bi v postopkih komercialnega genetskega in genomskega testiranja moral sodelovati usposobljen zdravstveni delavec. Veliko jih je podprlo tudi strožji nadzor nad zagotavljanjem klinične uporabnosti testov, regulacijo genetskega svetovanja in informiranega soglasja. Poudarili so, da je ustrezní odziv na razmah komercialnega genetskega in genomskega testiranja opismenjevanje in opolnomočenje državljanov ter stalno usposabljanje zdravstvenih delavcev (Beccia et al., 2022).

Podobno raziskavo so naredili tudi McGrath et al. (2019) v ZDA, pri čemer pa so zdravstvene delavce razdelili v skupini t. i. specialistov (genetski svetovalci in specialisti klinične genetike) in nespecialistov (družinski zdravniki, internisti in medicinske sestre). Sodelujoči so dobili dva sklopa nalog: interpretacijo treh vinjet pacientov s poročili komercialnega genetskega in genomskega testiranja ter vprašalnik o stališčih glede komercialnega genetskega in genomskega testiranja. Pri interpretaciji sta bili uspešni obe skupini: specialisti so dosegli povprečno 83,4 % pravih odgovorov, nespecialisti pa 74,4 %. Ugotovili so, da imajo specialisti visoko stopnjo zaupanja v svoje sposobnosti za razlago genetskih rezultatov pacientom (povprečna ocena 5,6 na lestvici od 1 do 6), medtem ko imajo nespecialisti nižjo samooceno (4,6).

Tudi pri zaupanju v svoje sposobnosti za interpretacijo rezultatov komercialnega genetskega in genomskega testiranja so se bolje ocenili specialisti.

Informiranje o komercialnem genetskem in genomskem testiranju

Zdravstveni delavci bi morali poznati prednosti in slabosti komercialnega genetskega in genomskega testiranja, predvsem slabo analitično vrednost teh testov, problem napačnih pozitivnih rezultatov, pa tudi napačno razumevanje negativnih rezultatov, kar lahko ustvari občutek lažne varnosti (Reed & Edelman, 2018). Wysocki & Osier (2019) trdita, da bi morale vse medicinske sestre oblikovati lastno stališče o komercialnih genetskih in genomskih testiranjih, razmisliti o lastni udeležbi pri komercialnem genetskem in genomskem testiranju ter si odgovoriti na vprašanje, ali bi zase želele vedeti vse, kar lahko izvemo iz genoma.

Posebno vlogo pri komercialnem genetskem in genomskem testiranju imajo lahko medicinske sestre, ki delajo v onkologiji (Mahon, 2018) in morajo razumeti, da se lahko uporabniki komercialnega genetskega in genomskega testiranja na podlagi potencialno pomanjkljivih ali morda napačno razumljenih rezultatov soočajo s pomembnimi odločitvami glede svojega zdravja. Prednost komercialnega genetskega in genomskega testiranja je, da lahko uporabniki dobijo vpogled v lastno gensko zasnovo neodvisno od zdravnikov ali zavarovalnic (Klein, 2014).

Kompetence medicinskih sester

Dolžnost vseh medicinskih sester – ne glede na vlogo in izobrazbo – je, da si pridobijo tudi ustrezno znanje o genetiki in genomiki, zlasti za področja, ki so pomembna za njihovo lastno prakso (Klein, 2014). Kot zagovornice in učiteljice pacientov v genomski dobi bodo uspešne le z ustreznim znanjem, predvsem pa razumevanjem etičnih, pravnih in družbenih posledic genetskega testiranja (Blix, 2014). Z boljšim poznavanjem področja genetike in genomike lahko zdravstvena nega sodeluje pri svetovanju v okviru genetskega testiranja glede pričakovanj, informiranega soglasja, pojasnil o tem, kaj so genski podatki, kaj testiramo, kaj pomenijo rezultati in kakšen vpliv bodo imeli (Aleman et al., 2022; Klein, 2014). Na voljo so različni neformalni učni viri za medicinske sestre, ki vključujejo relevantno tematiko, a žal posebnosti komercialnega genetskega in genomskega testiranja v te učne materiale niso vključene (Flowers et al., 2020). Zato je smiselno, da medicinske sestre informacije o komercialnem genetskem in genomskem testiranju pridobijo iz številnih drugih materialov, ki jih objavljajo kredibilne organizacije (Mahon, 2018).

Tabela 2: Seznam in značilnosti analiziranih člankov

<i>Avtor, leto</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Namen</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>	<i>Moč dokazov (Polit & Beck, 2022)</i>
Aleman et al., 2022	ekspertno mnenje, študija primera	Predstaviti tveganja in koristi komercialnega genetskega in genomskega testiranja za potrošnike in posledice za zdravstveno nego v luči dejstva, da medicinske sestre nimajo veliko izkušenj z naročanjem ali interpretacijo genetskih testov.	Medicinske sestre morajo krepi ti ozaveščenost o komercialnem genetskem in genomskem testiranju ter posledicah, ki jih imajo lahko te storitve za paciente. Pripraviti se morajo na morebitno svetovanje in okrepiti kompetence glede napotitve k specialistu ali genetskemu svetovalcu.	8
Beccia et al., 2022	presečna raziskava	Oceniti znanje, stališča in vedenja strokovnjakov na področju javnega zdravja v Evropi glede komercialnega genetskega in genomskega testiranja.	Rezultati ankete so pokazali visoko stopnjo ozaveščenosti vprašanih o komercialnem genetskem in genomskem testiranju ter zmerno do nizko stopnjo ozaveščenosti glede njihovih aplikacij. Mnenje sodelujočih zdravstvenih delavcev je, da bi bilo treba okrepiti regulacijo komercialnega genetskega in genomskega testiranja, prav tako pa bi bilo treba najti strategije ustreznega izobraževanja državljanov in zdravstvenih delavcev.	6
Blix, 2014	ekspertno mnenje	Osvetliti vlogo medicinskih sester pri personalizirani medicini in komercialni genetiki, predvsem pri svetovanju, razumevanju etičnih in pravnih vprašanj.	Od medicinskih sester se pričakuje, da razumejo genetiko in genomsko medicino ter zagovarjajo interese pacientov. Prihodnost personalizirane medicine je obetavna, a prinaša dvome in dileme, glede katerih bodo pacienti odgovore in strokovno vodenje iskali pri medicinskih sestrah.	8
Flowers et al., 2020	prvoosebna študija primera	Izdelati okvir v pomoč medicinskim sestram, da bi razumele izkušnje pacientov in se pripravile na ustrezen odziv, ko jih pacienti sprašujejo za pomoč pri interpretaciji komercialnega genetskega in genomskega testiranja.	Avtorice so osvetlile potencialno uporabne teme za implementacijo ustreznega izobraževanja medicinskih sester o komercialnem genetskem in genomskem testiranju, da bi bile sposobne svetovati, voditi in interpretirati rezultate.	8
Jackson et al., 2014	ekspertna fokusna skupina in pregled literature	Izdelati smernice za zdravstvene delavce, saj so KGGT realnost, zdravstveni delavci pa bi potrebovali vsaj praktična navodila za komunikacijo s pacienti o tej temi.	Na podlagi pregleda literature, fokusne delavnice skupine ekspertov in povratnih informacij drugih strokovnjakov so izdelali praktično orodje v obliki algoritma za komunikacijo o komercialni genetiki s pacienti, ki želijo opraviti takšno testiranje.	7
Klein, 2014	ekspertno mnenje	Opozoriti na nevarnosti genetskega testiranja, ki je dostopno v zdravstvu in izven njega. Osebe, pri katerih obstaja tveganje za nastanek bolezni ali so preprosto radovedne glede svojih genomov, ki jih lahko dajo analizirati.	Genetsko testiranje lahko izvajajo ponudniki zdravstvenih storitev, potrošniki pa uporabljajo tudi komercialno genetsko in genomsko testiranje, kar odpira veliko etičnih vprašanj. Za zagotavljanje optimalne zdravstvene nege bi morale medicinske sestre bolje poznati in razumeti proces genetskega testiranja in pomena rezultatov.	8

Se nadaljuje

<i>Avtor, leto</i>	<i>Raziskovalni dizajn</i>	<i>Namen</i>	<i>Ključne ugotovitve</i>	<i>Moč dokazov (Polit & Beck, 2022)</i>
Mahon, 2012	ekspertno mnenje	Ugotoviti, kateri način pridobivanja genetskih kompetenc bi bil boljši za medicinske sestre: učenje na delovnem mestu ali pridobivanje dodatnega podiplomskega specialnega znanja.	Izpostavlja dva problema: trženje genetskega testiranja neposredno potrošnikom, pa tudi neposredno zdravnikom na primarni ravni zdravstva, ki niso specialisti klinične genetike. Pojasni relevantne znotrajpoklicne skupine (specialisti klinične genetike, genetski svetovalci in medicinske sestre v genetiki). Vse medicinske sestre bi morale imeti vsaj osnovno znanje genetike in genomike.	8
Mahon, 2018	ekspertno mnenje	Informirati medicinske sestre v onkologiji o problematiki komercialnega genetskega in genomskega testiranja, saj so med tistimi, na katere se bodo najbolj verjetno obračali pacienti z dilemami glede komercialne genetike.	Medicinske sestre v onkologiji bi morale biti v primerjavi z zdravstvenimi delavci na primarni ravni zdravstva bolj kompetentne za ustrezen odziv in svetovanje, če jih pacienti sprašujejo o rezultatih komercialnega genetskega in genomskega testiranja.	8
McGrath et al., 2019	presečna raziskava	Primerjati stališča in znanje za interpretacijo rezultatov genetskega testiranja med genetskimi svetovalci in drugimi zdravstvenimi delavci.	Zdravstveni delavci s področja genetike so dosegli 83,4 % pravih odgovorov pri interpretaciji rezultatov, ostali 74,4 %. Višje zaupanje testom pomeni boljše rezultate interpretacij. Samoocena pripravljenosti za pomoč pacientom z rezultati komercialnega genetskega in genomskega testiranja je višja pri specialistih klinične genetike, a so tudi ostali zdravstveni delavci pripravljeni in sposobni svetovati.	6
Reed & Edelman, 2018	ekspertno mnenje	Seznani bralke in bralce z bistvenimi problemi komercialnega genetskega in genomskega testiranja: napačni pozitivni ali negativni rezultati.	Če pacient sprašuje o svetovanju glede komercialnega genetskega in genomskega testiranja, ga je treba poslušati, preveriti rezultate, pojasniti potrebo po potrditvi testa in usmeriti na specialiste klinične genetike ali genetske svetovalce.	8
Starkweather et al., 2018	ekspertno mnenje, študija primera	Ekspertno mnenje Ameriške akademije za zdravstveno nego: izpostaviti problematične vidike komercialnega genetskega in genomskega testiranja ter pozvati oblikovalce zakonodaje k večji regulaciji.	Akademija poziva k večji regulaciji sporočil, ki jih ponudniki komercialnega genetskega in genomskega testiranja nudijo uporabnikom, in sicer o analitični vrednosti testov, klinični uporabnosti, možnosti zlorabe osebnih podatkov, alternativnih možnosti testiranja in možnosti, da pri dodatnem testiranju lahko nastanejo novi stroški za uporabnike.	8
Wysocki & Osier, 2019	ekspertno mnenje	Predstaviti ključne razlike med genetskim testiranjem v kliničnem okolju ter komercialnim genetskim in genomskim testiranjem.	Poziv k refleksiji o komercialnem genetskem in genomskem testiranju. Medicinske sestre naj oblikujejo stališče do komercialnega genetskega in genomskega testiranja, presodijo, ali bi same želele poznati svoj genom, ali bi želele vedeti o potencialno patogenih alelih, kako bi svetovale pacientom in ali so pripravljene na paciente, ki iščejo pomoč glede komercialnega genetskega in genomskega testiranja.	8

Mahon (2012) opozarja na pomemben problem, ki ga ustvarjajo komercialna genetska in genomska testiranja: pacienti se z rezultati komercialnega genetskega in genomskega testiranja obračajo na zdravstveno osebje na primarni ravni, ki po njenem mnenju ni usposobljeno za ustrezno interpretacijo testov za zdravstvene namene, zaradi česar lahko pride do napačnih napotkov pacientom (Mahon, 2012). Jackson et al. (2014) so oblikovali odločitveni diagram s sedmimi motivacijami pacientov po uporabi komercialnega genetskega in genomskega testiranja. Orodje je v pomoč zdravnikom ali medicinskim sestram, saj jih na podlagi posameznih motivacij vodi do ustreznega nasveta pacientom – vključno z naborom pomislekov in priporočil.

Medicinske sestre morajo biti usposobljene tudi za pogovor s pacienti o komercialnem genetskem in genomskem testiranju. Predvsem morajo poudarjati pomen potrjevanja pozitivnih ali negativnih rezultatov v kliničnem laboratoriju, preden se pacienti odločijo za drastične posege. Delo medicinskih sester je tudi informiranje o možnosti posveta pri specialistu klinične genetike ali genetskem svetovalcu (Reed & Edelman, 2018). Pri tem morajo pacientom znati povedati, da noben rezultat komercialnega genetskega in genomskega testiranja ni razlog niti za paniko niti za lažen občutek varnosti (Flowers et al., 2020). Medicinske sestre naj paciente, ki želijo komercialno genetsko in genomsko testiranje ali že imajo rezultate komercialnih ponudnikov, podpirajo, poslušajo in ne apriorno zavračajo – le tako bodo pacienti pripravljeni poslušati o prednostih in slabostih komercialnega genetskega in genomskega testiranja ter o pomenu ustreznih vedenjskih vzorcev za zdravje (Mahon, 2018). Medicinske sestre z naprednimi znanji bi morale biti v primeru, da se pacienti z rezultati komercialnega genetskega in genomskega testiranja obrnejo nanje, sposobne svetovati in imeti tudi dovolj znanja za prepoznavanje pacientov, ki potrebujejo nadaljnje testiranje oziroma bi se morali z rezultati obrniti na genetskega svetovalca (Aleman et al., 2022).

Flowers et al. (2020) s študijo primera pokažejo pomen lastne izkušnje: ena od avtoric članka je namreč sama opravila komercialno genetsko in genomsko testiranje. Na podlagi te izkušnje poudarja tri teme: pomen vnovičnega preverjanja pozitivnih in negativnih rezultatov s testi z znano analitično veljavnostjo; ozaveščenost o tem, da rezultati genetskih in genomskih testov pacientom razkrijejo nespremenljiva dejstva o njihovem genetskem ustroju in so zato drugačni od drugih testov v medicini; možnost napačnega vtisa, da pacientovo informirano soglasje vključuje tudi hipotetične izide genetskega testiranja – občutki pacientov po testiranju niso nujno skladni s predhodnim pričakovanjem.

Ključne posledice razvoja genetike in genomike za medicinske sestre so: širjenje lastnega znanja o temeljnih znanostih; večja ozaveščenost o farmakogenetiki – ohranjanje zavesti, da se lahko zaradi določenih genov

nekateri pacienti drugače odzivajo na zdravlila; ter razvijanje sposobnosti svetovanja in učenja pacientov o prednostih in slabostih uporabe novih tehnologij ter njihovih etičnih posledicah. Hkrati morajo ostati učiteljice ustreznih vedenjskih vzorcev, saj na zdravje ne vpliva samo genetika, temveč tudi okolje in način življenja (Blix, 2014). Pri tem pa lahko koristno uporabijo tudi rezultate genetskega in genomskega testiranja (Aleman et al., 2022).

Poziv regulatorjem

Ameriška akademija za zdravstveno nego v pozivu regulatorjem (Starkweather et al., 2018) med problematičnimi vidiki komercialnega genetskega in genomskega testiranja opozarja, da gre za plenilske prakse in izkoriščanje potrošnikovega slabega poznavanja klinične in praktične uporabnosti komercialnega genetskega in genomskega testiranja, kar lahko ogrozi tudi ugled znanstveno utemeljene klinične genetike. Pozivajo k tesnejši regulaciji, ki naj ponudnike obveže k razkritju pomembnih informacij o veljavnosti, zanesljivosti in klinični uporabnosti testa, nezavajajočemu oglaševanju, zagotavljanju interpretacije rezultatov, predstavitvi možnih kršitev zasebnosti in zaupnosti, informacij o dodatnih možnostih glede interpretacije rezultatov in predhodni izjavi o izdatkih naročnika, ki bodo vezani na preverjanje dobljenih najdb komercialnega genetskega in genomskega testiranja (Starkweather et al., 2018).

Diskusija

Za zdravstveno nego komercialna genetska in genomska testiranja pomenijo tri glavne in med seboj prepletene izzive: manjkajoča izobrazba medicinskih sester za soočanje z nalogami v genomski dobi, nerešeno vprašanje njihovih genomskih kompetenc in ugotovitev, da sta glavni vlogi medicinskih sester v kontekstu komercialnih genetskih in genomskih testiranj predvsem vlogi zagovornice pacientovih pravic in informatork, svetovalke oziroma učiteljice.

Izobraževanje zdravstvenih delavcev vseh profilov občutno zaostaja za napredkom genomike (Founds, 2014), hkrati pa tudi uporabniki komercialnih genetskih in genomskih testiranj nimajo zadostne zdravstvene pismenosti za razumevanje genomskih informacij (Tolan & Nerenz, 2020). Praznino glede genomske izobrazbe evropskih medicinskih sester skuša nasloviti projekt GenoNurse, ki kot eno od strategij za vsebinsko dopolnitev na prvostopenjskem študijskem programu vidi vključevanje vsebin s področja genomike v obstoječe učne načrte (Halkoaho et al., 2023). Vsebine s področja genetike in molekularne biologije so zaenkrat samo del učnega programa magistrskih programov zdravstvene nege. Vprašanje vključevanja vsebin s področja genetike in

genomike v formalni učni načrt pa ne rešuje težave, da veliko delovne sile, ki bo v zdravstveni negi zaposlena še desetletja, te izobrazbe nima.

Pregleden in obsežen seznam profesionalnih kompetenc glede genetike in genomike za različne zdravstvene profile je Evropsko združenje za humano genetiko objavilo leta 2008 (Skirton, Lewis, Kent, Farndon et al., 2008; Skirton, Lewis, Kent, Kosztolanyi et al., 2008), Ameriška zveza medicinskih sester pa leta 2011 (Greco et al., 2011).

V Sloveniji sta s podobnim naborom kompetenc in znanj urejena profila diplomirane medicinske sestre – genomske svetovalke na Onkološkem inštitutu Ljubljana (Klopčič et al., 2022) in genomske informatorke na Kliničnem inštitutu za genomsko medicino v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (Kregar Velikonja et al., 2022). Izobrazbo, ki je v Nacionalnem registru specialnih znanj v zdravstveni negi in babištvu registrirana kot specialno znanje, pridobijo s samostojnim opravljanjem modula »genomsko informiranje« na drugostopenjskem študiju zdravstvene nege (Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu, n. d.).

Medicinske sestre, ki delajo na področju genomike, pa niso edine, ki se lahko v vsakodnevni praksi soočijo s pacienti, ki iščejo pomoč glede rezultatov opravljenega komercialnega genetskega in genomskega testiranja. Kot zagovornice pacientovih pravic bi morale medicinske sestre poznati etične, pravne in družbene posledice komercialnih genetskih in genomskih testiranj ter se dejavneje vključevati tudi v javni prostor. V nasprotnem primeru so potrošniki prepuščeni interesom zasebnih podjetij, ki ponujajo genetsko in genomsko testiranje brez medicinskih indikacij, ustrezne interpretacije in pogosto brez svetovanja glede rezultatov.

Opravljeni pregled literature kaže na majhno število empiričnih raziskav na relaciji komercialnih genetskih in genomskih testiranj ter zdravstvene nege. Omejitev na zdravstveno nego je zmanjšala tudi obseg literature, ki bi se kvalificirala za pregled: podobne raziskave z manj zamejenim poklicnim bazenom že obstajajo in imajo kakovostnejši nabor zadetkov (Martins et al., 2022).

Analizirana literatura ima nizko dokazno moč, kar kaže na potrebo po intenzivnejšem raziskovanju, na primer raziskovanju genomske pismenosti medicinskih sester in študentov zdravstvene nege v Sloveniji z že obstoječimi orodji, kot so »nabor konceptov genomske zdravstvene nege« (Ward et al., 2014), »vprašalnik o genetiki in genomiki v zdravstveni negi« (Calzone et al., 2012), pa tudi modelne kvalitativne raziskave (Saleh et al., 2019), utemeljene na podobnih raziskavah pri zdravnikih.

Ena od možnosti je tudi uporaba metode Delfi pri oblikovanju interdisciplinarnih komunikološko-javnozdravstvenih ekspertnih mnenj o vprašanjih, kakršne zastavljajo Horton et al. (2019): kako širšo javnost seznaniti z omejitvami genetskega testiranja, posebej

komercialnih genetskih in genomskih testiranj; kako zagotoviti pravičen odziv uporabnikov komercialnih genetskih in genomskih testiranj na napačno negativne in napačno pozitivne rezultate; kako urediti financiranje dodatnih diagnostičnih postopkov, do katerih pride zaradi razjasnitve rezultatov komercialnih genetskih in genomskih testiranj. K tem izhodiščem bi lahko dodali še vprašanje, kako s komercialnimi genetskimi in genomskimi testiranjmi seznaniti tudi medicinske sestre in druge zdravstvene delavce, ki ne delujejo na področju genetike in genomike.

Zaključek

S pregledom literature smo ugotovili, da se znanstvene in strokovne objave osredotočajo predvsem na seznanjanje bralcev s tematiko komercialnih genetskih in genomskih testiranj. Izobraževanje zdravstvenih delavcev zaostaja za skokovitim razvojem genomskih znanosti. Za medicinske sestre genomika ne pomeni samo diagnostično-terapevtskih posegov, saj se bodo morale usposobiti tudi za vlogi učiteljice in zagovornice pacientovih pravic v genomski dobi. Nadaljnje raziskave in hitre spremembe v zdravstveni negi so nujne, sicer bodo vlogo, ki jo imajo pri vprašanjih zdravlja medicinske sestre, prevzele komercialno domišljene rešitve ali kar umetna inteligenca.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

Prispevek avtorjev/Author contributions

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

second author directed the content of the theoretical part, checked the adequacy of the selected articles, and critically reviewed the manuscript.

Literatura

23andMe. (n. d.). *DNA genetic testing for health, ancestry and more*. 23andMe.

<https://www.23andme.com/>

Aleman, K. M., Chipman, M., Peck, J. L., Hughes, A. K., & Murphey, C. (2022). Direct to consumer genetic and genomic testing with associated implications for advanced nursing practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 34(2), 381–388.

<https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000624>

PMid:34107502

Beccia, F., Hoxhaj, I., Sassano, M., Stojanovic, J., Acampora, A., Pastorino, R., & Boccia, S. (2022). Survey of professionals of the European public health association (eupha) towards direct-to-consumer genetic testing. *European Journal of Public Health*, 33(1), 139–145.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac139>

PMid:36179240; PMCID:PMC9898004

Blix, A. (2014). Personalized medicine, genomics, and pharmacogenomics: A primer for nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 437–441.

<https://doi.org/10.1188/14.Cjon.437-441>

PMid:25095297

Calzone, K. A., Jenkins, J., Yates, J., Cusack, G., Wallen, G. R., Liewehr, D. J., Steinberg, S. M., & McBride, C. (2012). Survey of nursing integration of genomics into nursing practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 428–436.

<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01475.x>

PMid:23205780; PMCID:PMC3515630

Dante Labs. (n. d.-a). *Genetic counseling*. Dante Labs.

<https://www.dantelabs.com/products/genetic-counseling>

Dinulos, M. B. P., & Vallee, S. E. (2020). The impact of direct-to-consumer genetic testing on patient and provider. *Clinics in Laboratory Medicine*, 40(1), 61–67.

<https://doi.org/10.1016/j.cll.2019.11.003>

PMid:32008640

Durmaz, A. A., Karaca, E., Demkow, U., Toruner, G., Schoumans, J., & Cogulu, O. (2015). Evolution of genetic techniques: Past, present, and beyond. *BioMed Research International*, 2015, Article 461524.

<https://doi.org/10.1155/2015/461524>

PMid:25874212; PMCID:PMC4385642

Evropska komisija. (30. 5. 2023). *European '1+ Million Genomes' Initiative*. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/1-million-genomes>

Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu. (n. d.).

2. Stopnja zdravstvena nega: Študijski programi za izpopolnjevanje. Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede. https://fzv.uni-nm.si/vsezivljenjsko_ucenje/2_stopnja_zdravstvena_nega/

Flowers, E., Leutwyler, H., & Shim, J. K. (2020). Direct-to-consumer genomic testing: Are nurses prepared? *Nursing*, 50(8), 48–52.

<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000684200.71662.09>

PMid:32618766; PMCID:PMC7410263

Food and Drug Administration (FDA). (20. 12. 2019). *Direct-to-consumer tests*. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/medical-devices/in-vitro-diagnostics/direct-consumer-tests>

Founds, S. (2014). Innovations in prenatal genetic testing beyond the fetal karyotype. *Nursing Outlook*, 62(3), 212–218.

<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2013.12.010>

PMid:24582171

GenePlanet. (n. d.). *GenePlanet: številka 1 preventivnega genetskega testiranja*. GenePlanet.

<https://geneplanet.com/sl>

Genetic Counsellor Registration Board. (1. 2. 2017). *What is genetic counselling*: Genetic Counsellor Registration Board. <https://gcrb.org.uk/media/9369/what-is-genetic-counselling-v3-feb-2017.pdf>

Greco, K. E., Tinley, S., & Seibert, D. (2011). Essential genetic and genomic competencies for nurses with graduate degrees. *Annual Review of Nursing Research Exercise in Health and Disease*, 29(1), 173–190.

<https://doi.org/10.1891/0739-6686.29.173>

PMid:22891504

Halkoaho, A., Smolander, N., Caples, M., Dante, A., Petrucci, C., & Milavec Kapun, M. (2023). Genomsko podprta zdravstvena nega: Prihodnost zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(1), 4–7.

<https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.1.3223>

Hammer, M. J. (2019). Beyond the helix: Ethical, legal, and social implications in genomics. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(1), 93–106.

<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.12.007>

Horton, R., Crawford, G., Freeman, L., Fenwick, A., Wright, C. F., & Lucassen, A. (2019). Direct-to-consumer genetic testing. *British Medical Journal*, 367, Article l5688.

<https://doi.org/10.1136/bmj.l5688>

Jackson, L., Goldsmith, L., & Skirton, H. (2014). Guidance for patients considering direct-to-consumer genetic testing and health professionals involved in their care: Development of a practical decision tool. *Family Practice*, 31(3), 341–348.

<https://doi.org/10.1093/fampra/cmt087>

PMid:24473677

- Janzen, T. (19. 10. 2022). *Autosomal DNA testing comparison chart*. International Society of Genetic Genealogy. https://isogg.org/wiki/Autosomal_DNA_testing_comparison_chart
- Kalokairinou, L., Howard, H. C., Slokenberga, S., Fisher, E., Flatscher-Thöni, M., Hartlev, M., van Hellemond, R., Juškevičius, J., Kapelenska-Pregowska, J., Kováč, P., Lovrečić, L., Nys, H., de Paor, A., Phillips, A., Prudil, L., Rial-Sebbag, E., Romeo Casabona, C. M., Sándor, J., Schuster, A., ... Borry, P. (2018). Legislation of direct-to-consumer genetic testing in Europe: A fragmented regulatory landscape. *Journal of Community Genetics*, 9(2), 117–132. <https://doi.org/10.1007/s12687-017-0344-2> PMID:29150824; PMCID:PMC5849704
- Katz, A. E., Nussbaum, R. L., Solomon, B. D., Rehm, H. L., Williams, M. S., & Biesecker, L. G. (2020). Management of secondary genomic findings. *American Journal of Human Genetics*, 107(1), 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2020.05.002> PMID:32619490; PMCID:PMC7332641
- Kiger, M. E., & Varpio, L. (2020). Thematic analysis of qualitative data: AMEE guide No. 131. *Medical Teacher*, 42(8), 846–854. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2020.1755030> PMID:32356468
- Klein, E. L. Z. (2014). The increasing role of genetics and genomics in women's health. *Nursing for Women's Health*, 18(2), 149–153. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12111> PMID:24750654
- Klopčič, N., Novak, S., Kerševan, T., Babuder, B., Blatnik, A., Strojnik, K., & Krajc, M. (2022). *Klinična pot in obseg dela genomskega svetovalca v procesu obravnave pacienta v ambulantni za onkološko genetsko svetovanje in testiranje oddelka za onkološko klinično genetiko*. Onkološki inštitut Ljubljana. https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/Strokovna_knjiznica/klinicne_poti/Klinicna_pot_in_obseg_dela_genomskega_svetovalca_v_procesu_obravnave_pacienta_2022.pdf
- Krajc, M., Blatnik, A., Kerševan, T., & Hotujec, S. (2020). *Klinična pot obravnave pacienta v ambulantni za onkološko genetsko svetovanje in testiranje*. Onkološki inštitut Ljubljana. https://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/Strokovna_knjiznica/klinicne_poti/Klinicna_pot_obravnave_pacienta_v_Ambulantni_za_onkološko_genetsko_svetovanje_in_testiranje_2020.pdf
- Krajc, M., Novaković, S., Žgajnar, J., Hočevan, M., & Vrečar, A. (2014). Multidisciplinarni tim za onkološko genetsko svetovanje in testiranje. In S. Novaković, B. Zakotnik, & J. Žgajnar (Eds.), 27. *Onkološki vikend: Multidisciplinarna obravnava bolnikov v onkologiji: zbornik* (pp. 52–58). Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut.
- Kregar Velikonja, N., Prosenc, B., & Peterlin, B. (2022). Genomsko informiranje: program za izpopolnjevanje zdravstvenih delavcev, ki delajo na področju genetike in sodelujejo z genetskimi svetovalci. *Utrip*, 30(3), 97–98. https://arhiv.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2022/07/UTRIP_Junij-julij_2022_splet_dopolnitev1.pdf
- Mahon, S. M. (2012). Complexities of genetic care: Implications for advanced practice nurses. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8(8), e23–e27. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2012.04.020>
- Mahon, S. M. (2018). Direct-to-consumer genetic testing: Helping patients make informed choices. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(1), 33–36. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.33-36> PMID:29350705
- Martins, M. F., Murry, L. T., Telford, L., & Moriarty, F. (2022). Direct-to-consumer genetic testing: An updated systematic review of healthcare professionals' knowledge and views, and ethical and legal concerns. *European Journal of Human Genetics*, 30(12), 1331–1343. <https://doi.org/10.1038/s41431-022-01205-8> PMID:36220915; PMCID:PMC9553629
- McGrath, S. P., Walton, N., Williams, M. S., Kim, K. K., & Bastola, K. (2019). Are providers prepared for genomic medicine: Interpretation of direct-to-consumer genetic testing (DTC-GT) results and genetic self-efficacy by medical professionals. *BMC Health Services Research*, 19(1), Article 844. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4679-8> PMID:31760949; PMCID:PMC6876107
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McLnerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M., & Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews: Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIM Evidence Synthesis*, 20(4), 950–952. <https://doi.org/10.11124/IBIES-21-00483> PMID:35249995
- National Human Genome Research Institute. (17. 8. 2020). *Genome-wide association studies fact sheet*. National Human Genome Research Institute. <https://www.genome.gov/about-genomics/fact-sheets/Genome-Wide-Association-Studies-Fact-Sheet>
- Orlando, A. W., & Rosoff, A. J. (2019). The new privacy crisis: What's health got to do with it? *American Journal of Medicine*, 132(2), 127–128. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.09.033> PMID:30367855
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The prisma 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic

reviews. *British Medical Journal*, 372, Article n71.

<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

PMid:33782057; PMCID:PMC8005924

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). *Essentials of nursing research appraising evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.

Razširjeni strokovni kolegij za medicinsko genetiko. (2018). 1. Seja RSK za medicinsko genetiko 2018. Ministrstvo za zdravje. <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/2-DRZAVNI-ORGANI-MZ/5-O-ministrstvu/RSK/1.-seja-RSK-za-medicinsko-genetiko-2018.pdf>

Reed, E. K., & Edelman, E. A. (2018). Direct-to-consumer genetic testing for breast cancer risk. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(10), 548–550. <https://doi.org/10.1097/JXX.000000000000146> PMid:30320707

Saleh, M., Kerr, R., & Dunlop, K. (2019). Scoping the scene: What do nurses, midwives, and allied health professionals need and want to know about genomics? *Frontiers in Genetics*, 10, Article 1066. <https://doi.org/10.3389/fgene.2019.01066> PMid:31781159; PMCID:PMC6861370

Sequencing. (n. d.). *Genetic counseling*. Sequencing. <https://sequencing.com/marketplace/genetic-counseling>

Skirton, H., Lewis, C., Kent, A., Farndon, P., Bloch-Zupan, A., & Coviello, D. (2008). *Suggested core competences for health professionals who are generalists or specialising in a field other than genetics*. European Society of Human Genetics. <https://www.eshg.org/fileadmin/www.eshg.org/documents/CoreCompetence03GeneralistsAndNonGeneticSpecialists.pdf>

Skirton, H., Lewis, C., Kent, A., Kosztolanyi, G., Goetz, P., Hodgson, S., Kucinkas, V., Ozcelik, T., Cornel, M., & Coviello, M. S. D. (2008). *Suggested core competences for genetic specialists*. European Society of Human Genetics. <https://www.eshg.org/fileadmin/www.eshg.org/documents/CoreCompetence04GeneticSpecialists.pdf>

Snyder, M. (2016). *Genomics and personalised medicine: What everyone needs to know*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/wentk/9780190234775.001.0001>

Starkweather, A. R., Coleman, B., Barcelona de Mendoza, V., Fu, M. R., Menzies, V., O'Keefe, M., & Williams, J. K. (2018). Strengthen federal regulation of laboratory-developed and direct-to-consumer genetic testing. *Nursing Outlook*, 66(1), 101–104. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.11.004> PMid:29331443

Sweet, K. M., & Michaelis, R. C. (2011). *The busy physician's guide to genetics, genomics and personalized medicine*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-1147-1> PMCID:PMC7270990

Taylor, N. P. (3. 10. 2022). *Illumina ushers in \$200 genome with the launch of new sequencers*. MedTech Dive, Industry Dive. <https://www.medtechdive.com/news/illumina-ushers-in-200-genome-with-the-launch-of-new-sequencers/633133/>

Teran, N., Brezigar, A., Vokač, N. K., Peterlin, B., Petrovič, D., & Writzl, K. (2014). Mnenje strokovnega sveta za medicinsko genetiko o genetskih preiskavah in komercializaciji genetskih preiskav v Sloveniji. *Revija ISIS*, 23(8/9), 18–21. <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/ISIS/2014/isis2014-08-09.pdf>

Tolan, N. V., & Nerenz, R. D. (2020). Direct-to-consumer testing: The role of laboratory medicine physicians and scientists. *Clinics in Laboratory Medicine*, 40(1), IX–X. <https://doi.org/10.1016/j.cl.2019.12.002> PMid:32008644

Vrecar, I., Peterlin, B., Teran, N., & Lovrecic, L. (2015). Direct-to-consumer genetic testing in Slovenia: Availability, ethical dilemmas and legislation. *Biochemia Medica*, 25(1), 84–89. <https://doi.org/10.11613/BM.2015.010> PMid:25672471; PMCID:PMC4401315

Ward, L. D., Haberman, M., & Barbosa-Leiker, C. (2014). Development and psychometric evaluation of the genomic nursing concept inventory. *Journal of Nursing Education*, 53(9), 511–518. <https://doi.org/10.3928/01484834-20140806-04> PMid:25102130

Wysocki, K., & Osier, N. (2019). Direct to consumer versus clinical genetic testing. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(3), 152–155. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000211> PMid:30839387

Zavarovalnica Sava. (n. d.). *Preventivna genetska analiza geneplanet*. Zavarovalnica Sava, d. d. <https://www.zav-sava.si/zavarovanja-in-asistence/zavarovanja/nikoli-sami-v-zivljenju/geneplanet>

Zavarovalnica Triglav. (n. d.). *S poznavanjem lastnih genov do boljšega življenjskega sloga*. Zavarovalnica Triglav, d. d. <https://www.triglav.si/genetska-analiza-dnk/>

Citirajte kot/Cite as:

Vrhovnik Mlekuž, T., & Milavec Kapun, M. (2025). Razmah komercialnih genetskih in genomskih testiranj ter izzivi za medicinske sestre: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 59(4), 276–286. <https://doi.org/10.14528/snr.2025.59.4.3264>

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

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

SLOVENIAN NURSING REVIEW

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Leto/Year **2025** Letnik/Volume **57**

KAZALO LETNIKA 2025/ANNUAL INDEX 2025

Glavna in odgovorna urednica/Editor in Chief and Managing Editor

izr. prof. dr. Mateja Lorber

Urednika, izvršna urednika/Editor, Executive Editor

izr. prof. dr. Mirko Prosen

Urednica, spletna urednica/Editor, Web Editor

Martina Kocbek Gajšt

Uredniški odbor/Editorial Board

viš. pred. Mateja Bahun, doc. dr. Leona Cilar Budler, doc. dr. Mojca Dobnik, asist. dr. Tina Kamenšek,
doc. dr. Sergej Kmetec, Martina Kocbek Gajšt, doc. dr. Andreja Kvas, viš. pred. Andreja Ljubič,
izr. prof. dr. Sabina Ličen, izr. prof. dr. Mateja Lorber, prof. dr. Miha Lučovnik,
doc. dr. Marija Milavec Kapun, izr. prof. dr. Melita Peršolja, viš. pred. Petra Petročnik,
izr. prof. dr. Mirko Prosen, doc. dr. Tamara Štemberger Kolnik, izr. prof. dr. Dominika Vrbnjak

Mednarodni uredniški odbor/International Board

**Adam Davey, Professor; Kathleen Markey, Lecturer; Brendan McCormack, Professor;
Tanya McCance, Mona Grey Professor; Alvisa Palese, Professor; Betül Tosun, Associate Professor;
Valérie Tóthová, Professor; Roger Watson, Professor**

Lektorici za slovenščino/Readers for Slovenian

Simona Gregorčič, Tonja Jelen

Lektorica za angleščino/Reader for English

lekt. dr. Martina Paradiž

Ustanovitelj in izdajatelj/Founded and published by

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

Prelom/Designed by

Nataša Artiček, VIZUART, s. p.

Tisk in prelom/Designed and printed by

Tiskarna Radovljica

UVODNIK/EDITORIAL

Harnessing the power of artificial intelligence in nursing: New data streams to transform care
Izkoriščanje zmogljivosti umetne inteligence v zdravstveni negi: preoblikovanje zdravstvene
nege z novimi podatkovnimi tokovi 4
Maxim Topaz

Authentic nursing leadership as a foundation for patient care and self-care: Supporting sustainable
excellence
Pristno vodenje v zdravstveni negi kot temelj skrbi za druge in zase: podpora trajnostni odličnosti 84
Mateja Lorber

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

The political imperative of nurse education
Politični imperativ izobraževanja v zdravstveni negi
Maria Cassar

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

Understanding intergenerational characteristics of nurses in clinical practice
Razumevanje medgeneracijskih značilnosti medicinskih sester v klinični praksi 8
Neža Ukmar, Simona Trpin, Mirko Prosen, Sabina Ličen

COVID-19 experiences and fears among nurses: A cross-sectional study
Izkušnje in strahovi medicinskih sester v času covid-19: presečna raziskava 23
Esin Kavuran, Rabia Atli

Družbeni in kulturni kontekst mladostniške spolnosti z vidika študentov zdravstvenih ved:
raziskava fokusnih skupin
The social and cultural context of adolescent sexuality from the perspective of health sciences
students: A focus group study 33
Rebeka Kuzelj, Laura Štemberger, Sabina Ličen, Mirko Prosen

Znanje odraslih pacientov z astmo o pravilni uporabi vdihovalnikov: presečna raziskava
Adult asthma patients' knowledge of the correct use of inhalers: A cross-sectional study 88
Sanela Bilkan, Melita Peršolja

Pojmovanje uporabe teorij in modelov zdravstvene nege v klinični praksi: opisna raziskava
Perceptions of applying nursing theories and models in clinical practice: A descriptive study 95
Anton Grmšek Svetlin, Nika Jerina, Melisa Smajlovič, Mirko Prosen, Sabina Ličen

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 Milič, Valentina Masten, Sabina Ličen, Mirko Prosen

Vključevanje staršev v zdravstveno oskrbo hospitaliziranega otroka z rakom: model v družino usmerjena zdravstvena oskrba Involving parents in the health care of a hospitalized child with cancer: A model of family-centered care <i>Mojca Horvat, Jadranka Stričević, Marko Kavčič, Petra Klanjšek</i>	232
--	-----

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

Upad delovne sposobnosti pri starejših medicinskih sestrah: pregled literature Decline in working ability among older nurses: A literature review <i>Bojana Sečnjak</i>	42
Vpliv telesne vadbe v nosečnosti na pojavnost poporodne depresije: integrativni pregled literature The impact of physical exercise in pregnancy on the development of postnatal depression: An integrative literature review <i>Katarina Kante, Mirko Prosen</i>	52
Primerljivost parametrov plinske analize arterijske in venske krvi pri življenjsko ogroženem pacientu: sistematični pregled literature Comparability of arterial and venous blood gas analysis parameters in life-threatened patient: A systematic review <i>Božidar Bele, Martin Marinšek, Gregor Romih</i>	103
Samopoškodovalno vedenje mladostnikov kot posledica družinskega nasilja: pregled literature Self-harm behaviour in adolescents as a consequence of family violence: A literature review <i>Špela Zavratnik, Klavdija Čuček Trifkovič, Petra Klanjšek</i>	113
Sooblikovanje porodne izkušnje na podlagi reprezentacije poroda v množičnih medijih: pregled literature Shaping the birth experience through the representation of childbirth in the mass media: A literature review <i>Ana Monika Šavli, Jožica Čehovin Zajc, Barbara Domajnko</i>	125
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 <i>Melita Peršolja, Helena Skočir, Ester Benko</i>	187
Samomorilne misli pri bolnikih z rakom: pregled literature Suicidal ideation in cancer patients: A literature review <i>Sabina Medjedović</i>	199
Pojasnjevalni dejavniki politične aktivnosti medicinskih sester: sistematični pregled literature Explanatory factors for the political activity of nursing staff: A systematic review <i>Rebeka Lekše, Melita Peršolja</i>	241
Religioznost v povezavi z duševnim zdravjem starejših oseb: pregled literature Religiosity in association with older adults' mental health: A literature review <i>Lilija Simonič, Tatjana Ribič, Mateja Lorber</i>	254
Učinkovitost klinične supervizije na zadovoljstvo na delovnem mestu pri zaposlenih v Zdravstveni negi: pregled literature The effectiveness of clinical supervision on maintaining job satisfaction in nursing personnel: A literature review <i>Tamara Trajbarič, Lucija Gosak, Klavdija Čuček Trifkovič</i>	264

Razmah komercialnih genetskih in genomskih testiranj ter izzivi za medicinske sestre:
pregled literature

Challenges for nurses amid the rise of direct-to-consumer genetic and genomic testing:

A scoping review

276

Tjaša Vrhovnik Mlekuž, Marija Milavec Kapun

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 (Kooperativni 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 oblikovano kodo. Naredimo shematični prikaz dobljenih kod in iz njih razvitih kategorij ter sodbo.

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

Nizamo jih po posameznih spremenljivkah in z vidika postavljenih raziskovalnih vprašanj oz. hipotez, ki jih ne ponavljamo, temveč nanje besedno odgovarjamo. Rezultate v razpravi pojasnimo z vidika razumevanja, kaj lahko iz njih razberemo, razumemo in kako je to primerljivo z rezultati drugih raziskav in kaj to pomeni za uporabnost naše raziskave. Pri tem smo odgovorni in etični ter rezultate 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

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

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 plagiatstvo in krajo intelektualne lastnine.

S sprejetjem recenzije se recenzent zaveže, da jo bo oddal v predpisanem roku. Če to ni mogoče, mora takoj obvestiti uredništvo. Recenzent se obveže, da vsebine članka ne bo nedovoljeno razmnoževal ali drugače zlorabil. Recenzije so anonimne: recenzent je avtorju neznan in obratno. Recenzent bo v pregled prek sistema OJS prejel le vsebino članka brez imena avtorja. V sistemu OJS recenzent poda svoje strokovno mnenje v recenzijem obrazcu. Če ima recenzent večje pripombe, jih kot utemeljitev za sprejem ali morebitno zavrnitev članka na kratko opiše oz. avtorju predlaga nadaljnje delo, pri čemer upošteva njegovo integriteto. Zaradi večje preglednosti in lažjih dopolnitev s strani avtorja lahko recenzent svoje pripombe in morebitne predloge vnese v besedilo članka, pri tem uporabi možnost, ki jo ponuja Microsoft Word – 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(4), 291–298.

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 – ZOPOP 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). 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-policy-makers/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(4), pp. 299–307.



Sr(e)čno 2026!



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**, Assistant Professor, 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**, 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 knjigoveznica 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

- The political imperative of nurse education
Politični imperativ izobraževanja v zdravstveni negi
Maria Cassar 228

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Vključevanje staršev v zdravstveno oskrbo hospitaliziranega otroka z rakom:
model v družino usmerjena zdravstvena oskrba
Involving parents in the health care of a hospitalized child with cancer:
A model of family-centered care 232
Mojca Horvat, Jadranka Stričević, Marko Kavčič, Petra Klanjšek

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Pojasnjevalni dejavniki politične aktivnosti medicinskih sester: sistematični pregled literature
Explanatory factors for the political activity of nursing staff: A systematic review 241
Rebeka Lekše, Melita Peršolja

- Religioznost v povezavi z duševnim zdravjem starejših oseb: pregled literature
Religiosity in association with older adults' mental health: A literature review 254
Lilija Simonič, Tatjana Ribič, Mateja Lorber

- Učinkovitost klinične supervizije na zadovoljstvo na delovnem mestu pri zaposlenih
v zdravstveni negi: pregled literature
The effectiveness of clinical supervision on maintaining job satisfaction in nursing personnel:
A literature review 264
Tamara Trajbarič, Lucija Gosak, Klavdija Čuček Trifkovič

- Razmah komercialnih genetskih in genomskih testiranj ter izzivi za medicinske sestre:
pregled literature
Challenges for nurses amid the rise of direct-to-consumer genetic and genomic testing:
A scoping review 276
Tjaša Vrhovnik Mlekuž, Marija Milavec Kapun

KAZALO LETNIKA/ANNUAL INDEX

- Kazalo letnika 2025
Annual index 2025 287

