



Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



60(3)
Ljubljana 2026

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:

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, 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
- prof. dr. **Mirko Prosen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- doc. dr. **Tamara Štemberger Kolnik**, Fakulteta za zdravstvene vede v Celju, Slovenija
- izr. prof. dr. **Dominika Vrtnjak**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija

Mednarodni uredniški odbor:

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

Lektorici za slovenščino:

Simona Gregorčič

Tonja Jelen

Lektorica za angleščino:

lekt. dr. **Martina Paradiž**

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

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

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

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

Naklada: 330 izvodov

Prelom: Nataša Artiček – Vizuart, s. p.

Tisk: Tiskarna knjigoveznica 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 2026 Letnik 60 Številka 3
Ljubljana 2026 Volume 60 Number 3

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

NAMEN IN CILJI

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

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

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

- When artificial intelligence enters the editorial office: Responsibility, integrity, and trust in scientific publishing
 Ko umetna inteligenca vstopi v uredništvo: odgovornost, integriteta in zaupanje v znanstvenem publiciranju
Mirko Prosen 268

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Med stresom in sočutjem: izkušnje in izzivi psihiatričnih medicinskih sester
 Between stress and compassion: Experiences and challenges for mental health nurses
Elmir Uzeinović, Leona Cilar Budler 275

- Duševne stiske med študenti zdravstvene nege ene izmed slovenskih fakultet: pilotna kvantitativna raziskava
 Psychological distress among nursing students of a single slovenian faculty: A quantitative pilot study
Lara Gorše, Branko Bregar 287

- Perspektiva zdravstvenih delavcev o kulturni kompetentnosti pri delu z intelektualno oviranimi otroki in mladostniki: kvalitativna opisna raziskava
 Health professionals' perspective on cultural competence when working with children and adolescents with intellectual disabilities: A qualitative descriptive study
Marina Glavina, Katarina Vogrin, Uroš Nabernik, Sabina Ličen, Mirko Prosen 295

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Pristopi za izboljšanje adherence jemanja zdravil pri starejših osebah: krovni pregled literature
 Approaches to enhance medication adherence among older people: An umbrella review
Sergej Kmetec, Zvonka Fekonja, Nataša Mlinar Reljić, Tilen Dervarič, Jožica Černe Kolarič, Jasmina Nerat 304
- Vloga zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klica z amok vsebino
 The role of emergency medical dispatcher in handling calls with amok content
Matevž Pucelj 314

Editorial/Uvodnik

When artificial intelligence enters the editorial office: Responsibility, integrity, and trust in scientific publishing

Ko umetna inteligenca vstopi v uredništvo: odgovornost, integriteta in zaupanje v znanstvenem publiciranju

Mirko Prosen^{1,*}

Artificial intelligence (AI), particularly generative AI and large language models (LLMs), has rapidly become part of scientific writing and publishing. For journal editors, however, this development is no longer an abstract debate about what AI might do in the future; it is already evident in daily editorial practice. Submitted manuscripts contain polished language but surprisingly shallow argumentation, references that do not support the claims for which they are cited, citations of publications that cannot be found, methodological statements that sound authoritative but make little sense in the context of the study, and passages that seem unrelated to the reported research.

It is difficult to reliably determine the extent of AI involvement in scientific publishing. Current AI-detection approaches carry significant limitations, including false identification of human-written text and difficulty distinguishing between text that has been linguistically edited using AI and text that has been substantially generated by AI (Naddaf, 2026). Nevertheless, emerging evidence suggests that AI-generated text is increasingly common in both manuscripts and peer-review reports. A recent analysis discussed by Naddaf (2026), for example, examined approximately 7,000 manuscript abstracts and 8,000 peer-review reports and estimated that over 30% of peer-review reports contained some AI-generated text.

Editors do not necessarily need an AI detector to recognise potential flaws in a manuscript. At times, issues may be evident in the scientific content itself. The challenge is not simply that an LLM may "hallucinate". A more concerning ethical problem is that an author may submit hallucinated information without prior verification. References provide a particularly troubling example. LLMs can generate citations that look entirely plausible: the authors may be real, the journal appropriate, the title convincing,

and the publication year credible—and yes, the em dash is deliberate; editors may have noticed how remarkably fashionable it has become in the age of generative AI—yet the cited article does not exist.

This is no longer a hypothetical concern. Resnik & Hosseini (in press) cite striking examples from the published literature: one paper contained 19 hallucinated citations among 29 references, another 18 among 76, and a third 12 among only 14 references. They also report an experimental study in mental health, in which 56% of GPT-4o-generated citations contained errors and approximately one in five was hallucinated. Similarly, in an audit of approximately 2.5 million biomedical papers, Topaz et al. (2026) identified fabricated references already embedded in the peer-reviewed literature, and reported a marked increase over time. The proportion of papers containing at least one fabricated reference rose from approximately one in 2,828 papers in 2023 to one in 458 in 2025 and one in 277 during the first seven weeks of 2026.

These are not harmless technical errors. A reference is a scholarly claim that a source exists and provides evidence that can be independently examined. Resnik & Hosseini (in press) make an important distinction between bibliometrically incorrect citations, contextually inaccurate citations, and hallucinated citations – the latter referring to scholarly works that simply do not exist. More provocatively, they argue that hallucinated citations may, under particular circumstances, constitute academic misconduct. Where citations themselves function as research data, such as in systematic reviews or bibliometric research, unchecked hallucinated references may amount to data fabrication if the researcher has demonstrated indifference to the known risk of fabrication (Resnik & Hosseini, in press).

This reframes the ethical question considerably. The fundamental problem is not that the machine

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

* Corresponding author/Korespondenčni avtor: mirko.prosen@fvz.upr.si

Received/Prejeto: 23. 8. 2026

Accepted/Sprejeto: 29. 8. 2026



made an error; LLMs are known to hallucinate. The problem is that the human researcher failed to verify the machine-generated content. Responsible AI use requires, at a minimum, human verification of the veracity, accuracy, and validity of its output (Resnik & Hosseini, in press). This distinction between AI error and human responsibility should be central to our discussion of AI use in scientific publishing.

Authors are only one side of the story

Editors should avoid reducing AI use solely to a matter of authorship. AI has also entered peer review, which may raise even more difficult ethical questions. Authors submit their work with the reasonable expectation that it will be evaluated by qualified peers exercising sound professional and scientific judgement. Yet, both as an editor and as an author, I have encountered reviews containing generic, irrelevant, or methodologically inappropriate recommendations that appear disconnected from the manuscript under review. An author may be asked to justify a methodological choice that was never made, conduct an analysis inappropriate for the study design, discuss a concept unrelated to the research question, or address a limitation that does not, in fact, exist.

An LLM can produce a review that sounds impressively scholarly while being scientifically wrong. If a reviewer uncritically incorporates such output into a peer-review report, the author may be required to spend time responding to comments with little methodological or substantive relevance to the study. This is not merely inefficient peer review; it raises questions about fairness, professional responsibility, and the integrity of the editorial process.

Importantly, this concern is no longer hypothetical. AI-generated content has been detected not only in submitted and published manuscripts but also in peer-review reports (Naddaf, 2026). In response, the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, 2026) has issued guidelines on AI use by authors, reviewers, and editors, identifying four central concerns: validity, confidentiality, transparency, and accountability. The issue of confidentiality deserves particular attention. Submitted manuscripts are characterised as privileged communications. The ICMJE (2026) therefore states that editors, reviewers, and publishers should not upload submitted manuscripts to AI systems in which confidentiality cannot be assured without the authors' explicit permission. Similarly, current JAMA Network guidelines prohibit the use of external AI tools in peer review, as entering an author's manuscript – or even a reviewer's summary – into such systems may breach confidentiality (Flanagin et al., 2026).

The ethical question, therefore, is not simply whether reviewers should be permitted to use AI. It is what happens when assistance becomes substitution: when

a reviewer delegates the intellectual responsibility of peer review to a system incapable of being accountable to either the editor or the author.

From detection to responsibility

As an editor, I closely follow email discussions among members of the International Academy of Nursing Editors (INANE). These exchanges offer a revealing glimpse into how rapidly the challenges surrounding AI in scholarly publishing are evolving. The experiences editors share from practice are diverse and, at times, genuinely astonishing. While there appears to be broad agreement on the importance of transparency, verification, integrity, and human accountability, there is far less consensus on where exactly the boundaries of acceptable AI use should be drawn. This is unsurprising, since 'AI use' is not a single, uniform activity.

Using an LLM to improve the readability of a sentence is fundamentally different from prompting it to generate a discussion section. Translation differs from interpreting results. Brainstorming potential headings differs from generating references. Similarly, using an AI tool to improve the language of a review differs from asking it to evaluate a manuscript and then submitting its output as one's own professional judgement.

Evidence shows that undeclared AI-generated material has already appeared in articles published in established scientific journals. Strzelecki (2025) identified characteristic ChatGPT-generated passages in papers published by recognised publishers, including those indexed in Web of Science and Scopus, and demonstrated that some of them were subsequently cited in other scientific publications. His findings raise an uncomfortable question not only about authorship practices but also about whether existing reviewing and editorial processes are adequately equipped to detect such content (Strzelecki, 2025).

This is why an editorial response based primarily on detecting AI-generated language is unlikely to be sufficient. Detection itself remains unreliable, and distinguishing legitimate AI-assisted editing from substantive AI-generated content is particularly difficult. The more durable question is therefore not "Was AI used?" but rather: "How was AI used, was its use appropriate and transparent, was its output verified, and who is accountable for the final scholarly product?"

AI as assistance, not substitution

When used responsibly, AI can be genuinely valuable, including in supporting authors in scientific writing (Watson, 2024). It may improve language, readability, organisation and translation, while increasing overall efficiency. This can be particularly beneficial for researchers writing in a language other

Table 1: *Principles of responsible AI use in scientific publishing*

<i>Area</i>	<i>Responsible use of AI</i>	<i>Key ethical requirement</i>
Authorship and accountability	Authors may use AI-assisted technologies in accordance with journal policy but should disclose how AI was used when required. AI tools must not be listed as authors.	Human authors remain fully responsible for the accuracy, integrity, originality, and appropriate attribution of all submitted content.
Manuscript preparation	AI may assist with language, clarity, and manuscript preparation, where permitted by journal policy.	Relevant use should be disclosed when required; authors remain responsible for the entire manuscript.
Grammar and spelling	Generally acceptable as language assistance.	Human verification remains necessary.
Translation	AI may support the translation of scholarly text.	Accuracy, confidentiality, and appropriate disclosure must be ensured.
Literature searching	AI may assist in identifying potentially relevant literature.	Sources and claims must be independently verified.
References	Reliance on AI-generated references should be avoided.	Every reference must be verified against the original source; hallucinated references threaten research integrity.
Research and data	AI use may be appropriate for specified research tasks where methodologically justified.	Use must be transparently reported and outputs validated.
Peer review	Use of AI in peer review should comply with journal policy. Manuscript content should not be uploaded to external AI tools where confidentiality cannot be assured.	Reviewers must maintain confidentiality, disclose AI use where required, verify the appropriateness and validity of AI-assisted content, and remain fully responsible for their review.
Editorial and publishing processes	AI may support editorial, production, and ancillary activities where permitted by journal policy and where appropriate safeguards are in place.	Editors remain responsible for the accuracy and validity of AI-assisted content; confidentiality and transparency must be ensured.

Legend: AI – artificial intelligence

Note: Author's synthesis based on the principles and recommendations of the ICMJE (2026) and JAMA (Flanagin et al., 2026).

than their first, and may reduce linguistic barriers to international scientific communication.

Current JAMA Network guidelines similarly recognise the potential value of AI use while placing responsibility firmly on authors. AI may be used for several purposes, including manuscript preparation, literature search, translation, and certain aspects of research, provided its use is transparently reported and its outputs verified, with authors retaining full responsibility for the content. These guidelines do not require disclosure of basic grammar and spelling checks. In contrast, using AI to generate bibliographic references is discouraged due to the risks to accuracy and integrity (Flanagin et al., 2026). This position is particularly important in light of editorial experience with hallucinated references. JAMA Network editors report receiving manuscripts containing multiple inaccurate or non-existent references. They caution that even advanced AI models can generate seemingly realistic references, with real authors and plausible titles, that nevertheless do not exist (Flanagin et al., 2026).

The relevant distinction is therefore not between using and not using AI, but between assistance and substitution. While AI may assist in scholarly work, it must not substitute for scholarly judgement (Kendall & Teixeira da Silva, 2024).

We can delegate tasks, but not responsibility

This principle applies equally to authors, reviewers, and editors: responsibility for scholarly content, peer review, and editorial decisions rests with humans. It also lies at the centre of current international guidelines. The ICMJE (2026) emphasises that AI cannot be listed as an author; that humans remain responsible for appropriate attribution and for avoiding plagiarism; that the confidentiality of submitted manuscripts must be protected; and that authors, reviewers, editors, and publishers should be transparent about AI use throughout manuscript preparation and the editorial process. Journals, in turn, should establish explicit AI policies and communicate them to all participants in the publication process. While transparency is necessary, it is not sufficient. Declaring that an AI tool was used does not excuse an inaccurate analysis, a fabricated reference, an inappropriate review, or a breach of confidentiality.

These principles should inform the development of practical recommendations for responsible AI use in scientific publishing (Table 1). Their ultimate purpose is to safeguard the very foundation of scientific publishing: trust.

AI can help us write more clearly, work more efficiently, and perhaps even think differently. But it cannot accept responsibility for fabricated findings, flawed interpretations, hallucinated references, or

misleading conclusions. It cannot respond to an author who has received an inappropriate peer-review request. It cannot assume responsibility for the integrity of the scientific record, nor can it be held accountable for editorial decisions. These responsibilities remain ours. We may delegate tasks to AI, but we cannot delegate scholarly responsibility.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Umetna inteligenca (UI), zlasti v obliki generativne UI in velikih jezikovnih modelov (VJM), je hitro postala del znanstvenega pisanja in publiciranja. Za urednike revij ta sprememba ne predstavlja zgolj abstraktne razprave o morebitnih prihodnjih učinkih UI, temveč njeno aktualno in vidno prisotnost v vsakodnevni uredniški praksi. Avtorski prispevki se morda ponašajo z izpiljenim jezikom, vendar vsebujejo presenetljivo površno argumentacijo, navedbe nerelevantnih ali celo neobstoječih publikacij, metodološke izjave, ki sicer zvenijo avtoritativno, a v kontekstu raziskave nimajo veliko smisla, ter odlomke, ki se zdijo nepovezani z raziskavo.

O natančnem obsegu prodora UI v znanstveno publiciranje je težko zanesljivo soditi. Pomembne omejitve sedanjih pristopov za detekcijo besedil, ustvarjenih s pomočjo UI, vključujejo napačno prepoznavo avtorskega besedila ter težave pri razlikovanju med besedilom, ki je bilo jezikovno urejeno z UI, in besedilom, ki ga je v celoti ustvarila UI (Naddaf, 2026). Najnovejše ugotovitve kažejo, da so besedila, ki jih je ustvarila UI, vse pogostejša ne le med prispevki, temveč tudi med recenzijami. Kot poroča Naddaf (2026), so rezultati ene od nedavnih raziskav, ki se je posvetila približno 7.000 povzetkom člankov in 8.000 strokovnim recenzijam, pokazali, da je več kot 30 % recenzij vsebovalo določen delež besedila, ki ga je ustvarila UI.

Uredniki ne potrebujejo nujno detektorja UI, saj se potencialna neustreznost prispevka pogosto razkrije že skozi znanstveno vsebino. Težava ni le v tem, da VJM morda »halucinira«. Veliko bolj pereč etični problem je, da avtor sploh predloži »halucinirane« informacije, ne da bi jih predhodno preveril. Navedbe virov so še posebej zaskrbljujoč primer. VJM lahko ustvarijo navidez povsem legitimne navedbe virov z resničnimi avtorji, ustrezno revijo, prepričljivim naslovom in verodostojnim letom objave – (in da, dolg pomišljaj je na tem mestu nameren; uredniki so morda opazili, kako izjemno moden je postal v dobi generativne UI) –, vendar citirani članek ne obstaja.

Ne gre zgolj za hipotetični pomislek. Resnik & Hosseini (in press) navajata presenetljive primere iz znanstvenih objav: v enem članku je bilo izmišljenih 19 od 29 citatov, v drugem 18 od 76, v tretjem pa 12 od skupno 14. Avtorja poročata tudi o eksperimentalni raziskavi na področju duševnega zdravja, v kateri je

56 % navedb virov, ki jih je ustvaril GPT-4o, vsebovalo napake, približno ena od petih pa je bila izmišljena. Podobno so Topaz et al. (2026) pri pregledu približno 2,5 milijona člankov s področja biomedicine med strokovno recenzirano literaturo odkrili izrazito povečanje izmišljenih bibliografskih navedb skozi čas. Delež člankov z vsaj eno izmišljeno navedbo se je povečal s približno enega na 2.828 člankov v letu 2023 na enega na 458 v letu 2025 ter enega na 277 v prvih sedmih tednih leta 2026.

To niso zanemarljive tehnične napake. Navedba vira je znanstvena trditev, da vir obstaja in zagotavlja dokaze, ki jih je mogoče neodvisno preveriti. Resnik & Hosseini (in press) postavljata pomembno ločnico med bibliometrično napačnimi, kontekstualno netočnimi in izmišljenimi navedbami virov – pri čemer se slednje nanašajo na znanstvena dela, ki preprosto ne obstajajo. Še več, trdita, da lahko navajanje izmišljenih virov v določenih okoliščinah predstavlja kršenje raziskovalne etike. Kadar navedbe virov predstavljajo raziskovalne podatke, kot na primer v sistematičnih pregledih literature ali bibliometričnih raziskavah, lahko nekritično navajanje haluciniranih virov ob zanemarjanju znanega tveganja potvarjanja pomeni ponarejanje podatkov (Resnik & Hosseini, in press).

To v precejšnji meri spreminja naravo tega etičnega vprašanja. Osnovni problem namreč ni v tem, da je »stroj« naredil napako, saj je pri rabi VJM tveganje haluciniranja znano. Težava je torej v tem, da raziskovalec ni preveril, kaj je »stroj« ustvaril. Odgovorna raba UI zahteva vsaj človeško presojo resničnosti, točnosti in veljavnosti izhodnih podatkov (Resnik & Hosseini, in press). Zato bi morala razlika med napako UI in človeško odgovornostjo zavzemati osrednje mesto razprave o UI v znanstvenem publiciranju.

Avtorji predstavljajo le eno plat zgodbe

Uredniki se morajo izogibati obravnavi rabe UI zgolj v kontekstu avtorstva. Dejstvo, da UI prodira tudi na področje strokovne recenzije, sproža morda še bolj pereča etična vprašanja. Avtorji svoja dela oddajo z razumnim pričakovanjem, da jih bodo ocenili usposobljeni strokovnjaki na podlagi lastne strokovne in znanstvene presoje. Vendar sem tako kot urednik kot tudi kot avtor že naletel na recenzije, ki vsebujejo splošna, nebitvena ali metodološko neustrezna priporočila, ki se zdijo nepovezana s samim prispevkom. Recenzenti morda pozivajo k utemeljitvi metodološke odločitve, ki je avtor sploh ni navedel, izvedbi analize, ki ni primerna glede na zasnovo raziskave, obravnavi koncepta, ki ni povezan z raziskovalnim vprašanjem, ali naslovitvi omejitve, ki v resnici ne obstaja.

VJM lahko ustvari recenzijo, ki zveni izjemno znanstveno, vendar je znanstveno neutemeljena. Če recenzent takšno izhodno besedilo orodja UI nekritično prenese v recenzijo, lahko od avtorja zahteva,

da porabi čas za odgovarjanje na komentarje, ki za raziskavo nimajo zadostne metodološke ali vsebinske relevantnosti. Takšna recenzija ni le neučinkovita, temveč postavlja pod vprašaj pravičnost, strokovno odgovornost in integriteto uredniškega procesa.

Pomembno se je zavedati, da ta pomislek ni več zgolj hipotetičen, saj analize že potrjujejo prisotnost vsebin, ustvarjenih z UI, tako v predloženih in objavljenih prispevkih kot tudi strokovnih recenzijah (Naddaf, 2026). Mednarodni odbor urednikov medicinskih revij (ICMJE, 2026) zato uporabo UI obravnava ne le z vidika avtorjev, ampak tudi recenzentov in urednikov ter pri tem zastavlja štiri osrednja vprašanja: o veljavnosti, zaupnosti, preglednosti in odgovornosti. V tem kontekstu velja posebno pozornost posvetiti vprašanju zaupnosti, saj so predloženi prispevki zaupne narave. ICMJE (2026) zato navaja, da jih uredniki, recenzenti in založniki brez izrecnega dovoljenja avtorjev ne smejo nalagati v sisteme UI, ki ne zagotavljajo zaupnosti. Podobno veljavna navodila mreže JAMA Network ne dovoljujejo uporabe zunanjih orodij UI za strokovno recenzijo, saj lahko vnos avtorjevega prispevka ali celo recenzentovega povzetka le-tega pomeni kršitev načela zaupnosti (Flanagin et al., 2026).

Etično dilemo zato ne predstavlja le vprašanje, ali recenzentom dovoliti rabo UI. Gre za to, kaj se zgodi, ko od pomoči pri pisanju preidemo k nadomeščanju pisanja – ko recenzent intelektualno odgovornost strokovnega pregleda prenese na sistem, ki ne more biti odgovoren niti uredniku niti avtorju.

Od detekcije do odgovornosti

Kot urednik pozorno spremljam aktualne dopisovalne razprave med člani Mednarodne akademije urednikov na področju zdravstvene nege (angl. *International Academy of Nursing Editors - INANE*). V izmenjavah mnenj, ki ponujajo zanimiv vpogled v sodobne izzive, povezane z rabo UI v znanstvenem publiciranju, uredniki delijo raznolike in mestoma nepričakovane izkušnje iz uredniške prakse. Čeprav se zdi, da obstaja splošen konsenz o pomenu preglednosti, preverljivosti, integritete in človeške odgovornosti, pa stališča glede natančnih meja sprejemljive rabe UI niso enotna. To je razumljivo, saj tudi izraz »raba UI« ne označuje enotne dejavnosti.

Raba VJM za izboljšanje berljivosti stavka se bistveno razlikuje od generiranja celotnega poglavja diskusije. Prevajanje se razlikuje od interpretacije rezultatov. Zbiranje predlogov potencialnih naslovov se razlikuje od ustvarjanja seznama bibliografskih virov. Podobno se uporaba orodij UI za izboljšanje jezikovnega sloga recenzije razlikuje od poziva sistemu k strokovni oceni prispevka in nato predložitve generiranega besedila kot lastne recenzije.

Raziskave kažejo, da je prikrita raba gradiva, generiranega z UI, že prisotna v znanstvenih objavah uveljavljenih znanstvenih revij. Strzelecki (2025)

poroča, da znanstvene objave v revijah priznanih založnikov (tudi v bazah Web of Science in Scopus) vsebujejo značilne odlomke, ustvarjene z orodjem ChatGPT, nekatere med njimi pa se celo navajajo v drugih znanstvenih publikacijah. Ugotovitve te raziskave odpirajo neprijetno vprašanje ne le o avtorskih praksah, temveč tudi o ustrezni opremljenosti obstoječih recenzijskih in uredniških postopkov za prepoznavanje tovrstnih vsebin (Strzelecki, 2025).

Zato je malo verjetno, da bo uredniški odziv, ki temelji predvsem na detekciji besedil, ustvarjenih z UI, zadosten. Sama detekcija tovrstnih besedil ostaja nezanesljiva, razlikovanje med legitimnim jezikovnim urejanjem besedila s pomočjo UI in generiranjem vsebinskih delov besedila z UI pa je še posebej težavno. Temeljno vprašanje se zato ne glasi: »Ali je bila uporabljena UI?«, temveč: »Na kakšen način je bila uporabljena UI, ali je bila njena uporaba ustrezna in pregledna, ali je bilo izhodno besedilo preverjeno in kdo je odgovoren za končni znanstveni izdelek?«

UI kot pomoč, ne kot nadomestilo

Ob odgovorni rabi lahko UI avtorjem nudi neprecenljivo pomoč pri pisanju znanstvenih besedil (Watson, 2024). Izboljša lahko njihovo jezikovno ustreznost, berljivost, strukturo, prevod in učinkovitost besedila. V takšni funkciji je lahko še posebej dragocena za raziskovalce, ki pišejo v jeziku, ki ni njihov materni, saj lahko zmanjša nekatere jezikovne ovire v mednarodni znanstveni komunikaciji.

Aktualna navodila mreže JAMA Network priznavajo potencialno vrednost UI, vendar odgovornost odločno pripisujejo avtorjem. UI se lahko uporablja za različne namene, vključno s pripravo prispevka, iskanjem literature, prevajanjem in nekaterimi vidiki raziskovanja, pod pogojem, da se načini njene uporabe pregledno navedejo ter da avtorji preverijo rezultate in ohranijo polno odgovornost za vsebino. Omenjena navodila ne zahtevajo razkritja rabe UI za osnovni pregled slovnice in pravopisa, odsvetujejo pa zanašanje nanjo pri sestavljanju seznamov uporabljene literature zaradi tveganj, povezanih s točnostjo in celovitostjo (Flanagin et al., 2026). To stališče je še posebej pomembno glede na uredniške izkušnje s pojavljanjem izmišljenih virov. Uredniki mreže JAMA Network poročajo o prispevkih s številnimi netočnimi citati ali navedbami neobstoječih virov ter opozarjajo, da lahko tudi napredni modeli UI ustvarijo navidez legitimne bibliografske vire, ki vključujejo resnične avtorje in verjetne naslove, a kljub temu ne obstajajo (Flanagin et al., 2026).

Zato ni toliko pomembna ločnica med uporabo in neuporabo UI, temveč med uporabo UI kot pomoči pri pisanju ter njeno uporabo namesto pisanja. UI lahko nudi pomoč pri oblikovanju znanstvenega dela, ne sme pa nadomestiti znanstvene presoje (Kendall & Teixeira da Silva, 2024).

Tabela 1: Načela odgovorne rabe UI v znanstvenem publiciranju

Področje	Odgovorna uporaba UI	Ključna etična zahteva
Avtorstvo in odgovornost	Avtorji lahko uporabljajo tehnologije, podprte z UI, v skladu z uredniško politiko revije, vendar morajo po potrebi razkriti, kako je bila UI uporabljena. Orodij UI se ne sme navajati kot avtorjev.	Človeški avtorji ostajajo v celoti odgovorni za točnost, celovitost, izvirnost in ustrezno navajanje virov vseh predloženih vsebin.
Priprava prispevka	UI lahko pomaga pri jezikovni obdelavi, jasnosti in pripravi rokopisa, če to dovoljuje uredniška politika revije.	Uporabo UI je treba po potrebi navesti; avtorji ostajajo odgovorni za celoten prispevek.
Slovnica in pravopis	Na splošno sprejemljiva kot jezikovna pomoč.	Človeški pregled ostaja nepogrešljiv.
Prevajanje	UI lahko podpira prevajanje znanstvenih besedil.	Zagotoviti je potrebno natančnost, zaupnost in ustrezno razkritje.
Iskanje literature	UI se lahko uporablja kot podpora pri iskanju potencialno relevantne literature.	Vire in trditve je potrebno neodvisno preveriti.
Navajanje virov	Izogibati se je potrebno zanašanju na navedbe virov, ki jih ustvari UI.	Vsako bibliografsko navedbo ali sklic je potrebno preveriti glede na izvirni vir; izmišljene bibliografske navedbe ogrožajo integriteto raziskave.
Raziskava in podatki	Uporaba UI je lahko primerna za določene raziskovalne naloge, kadar je to metodološko utemeljeno.	Uporabo UI je potrebno pregledno navesti, rezultate pa preveriti.
Strokovna recenzija	Uporaba UI pri recenziranju mora biti v skladu s politiko revije. Vsebin prispevka se ne sme nalagati v zunanja orodja UI, kadar zaupnost ni zajamčena.	Recenzenti morajo ohraniti zaupnost, po potrebi razkriti uporabo UI, preveriti ustreznost in veljavnost vsebine, pri kateri je bila uporabljena UI, ter ostati v celoti odgovorni za svojo recenzijo.
Uredniški in založniški postopki	UI lahko podpira uredniške, produkcijske ali pomožne dejavnosti, v kolikor to dovoljuje politika revije in so sprejeti ustrezni zaščitni ukrepi.	Uredniki ostajajo odgovorni za točnost in veljavnost vsebin, pri katerih je bila uporabljena UI; zagotovljeni morata biti zaupnost in transparentnost.

Legenda: UI – umetna inteligenca

Opomba: Avtorjev povzetek na podlagi pregleda načel in priporočil ICMJE (2026) ter JAMA (Flanagin et al., 2026).

Prenesemo lahko naloge, ne pa odgovornosti

To v enaki meri velja za avtorje, recenzente in urednike: odgovornost za znanstveno vsebino, strokovno recenzijo in uredniške odločitve ostaja v rokah ljudi. Navedeno načelo predstavlja bistveni element veljavnih mednarodnih smernic. ICMJE (2026) poudarja, da se UI ne sme navajati kot avtorja, da odgovornost za ustrezno navajanje virov in preprečevanje plagiatstva nosijo ljudje, da je ključnega pomena zaščititi zaupnost predloženih prispevkov ter da morajo avtorji, recenzenti, uredniki in založniki zagotoviti transparentnost glede načina uporabe UI skozi celoten proces priprave prispevka in njegove uredniške obravnave. Revije morajo vzpostaviti jasna pravila glede rabe UI in z njimi seznaniti vse udeležence v procesu objavljanja. Pri tem je transparentnost sicer nujna, vendar ni zadostna. Sama izjava, da je bilo uporabljeno orodje UI, ne upravičuje netočne analize, izmišljenih virov, neprimerne recenzije ali kršitve zaupnosti.

Omenjena načela morajo služiti kot podlaga za oblikovanje praktičnih priporočil za odgovorno rabo UI v znanstvenem publiciranju (Tabela 1). Končni namen teh priporočil pa je varovanje zaupanja kot temeljnega principa znanstvenega publiciranja.

UI nam lahko pomaga pisati jasneje, delati učinkoviteje in morda celo razmišljati drugače. Vendar ne more prevzeti odgovornosti za izmišljene ugotovitve, napačne interpretacije, halucinirane navedbe virov ali zavajajoče zaključke. Ne more odgovoriti avtorju, ki je v strokovni recenziji prejel neprimerno zahtevo. Ne more prevzeti odgovornosti ne za integriteto znanstvenih zapisov ne za uredniške odločitve. Te odgovornosti ostajajo naše. Čeprav lahko na UI prenesemo določene naloge, nanjo ne moremo prenesti tudi znanstvene odgovornosti.

Conflict of interest

The author declares no conflicts of interest.

Literature

Flanagin, A., Perlis, R. H., & Bibbins-Domingo, K. (2026). Updated guidance for author use of AI in medical publication. *JAMA*. <https://doi.org/10.1001/jama.2026.16613>
PMCID:PMC12853283

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). (2026). *Use of artificial intelligence in publishing*. <https://www.icmje.org/recommendations/browse/artificial-intelligence/>

Kendall, G., & Teixeira da Silva, J. A. (2024). Risks of abuse of large language models, like ChatGPT, in scientific publishing: Authorship, predatory publishing, and paper mills. *Learned Publishing*, 37(1), 55–62.

<https://doi.org/10.1002/leap.1578>

PMid:41833014; PMCID:PMC13051339

Naddaf, M. (2026, May 5). How much of the scientific literature is generated by AI? *Nature*. <https://doi.org/10.1038/d41586-025-03504-8>

Resnik, D. B., & Hosseini, M. (in press). Hallucinated citations produced by generative artificial intelligence may constitute research misconduct when citations function as data in scholarly papers. *Accountability in Research*.

<https://doi.org/10.1080/08989621.2026.2645390>

PMid:41833014; PMCID:PMC13051339

Strzelecki, A. (2025). 'As of my last knowledge update': How is content generated by ChatGPT infiltrating scientific papers published in premier journals? *Learned Publishing*, 38, Article e1650.

<https://doi.org/10.1002/leap.1650>

Topaz, M., Roguin, N., Gupta, P., Zhang, Z., & Peltonen, L.-M. (2026). Fabricated citations: An audit across 2.5 million biomedical papers. *The Lancet*, 407, 1779–1780.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(26\)00603-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00603-3)

PMid:42107362

Watson, R. (2024). The potential and pitfalls of artificial intelligence in nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(1), 4–6.

<https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.1.3279>

Cite as/Citirajte kot:

Prosen, M. 2026. When artificial intelligence enters the editorial office: Responsibility, integrity, and trust in scientific publishing. *Obzornik zdravstvene nege*, 60(3), 268–274. <https://doi.org/10.14528/snr.2026.60.3.3400>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Med stresom in sočutjem: izkušnje in izzivi psihiatričnih medicinskih sester

Between stress and compassion: Experiences and challenges for mental health nurses

Elmir Uzeinović^{1, *}, Leona Cilar Budler²

Ključne besede: empatija; izgorelost; zdravstvena nega; duševno zdravje; doživetja

Key words: empathy; burnout; nursing; mental health; experiences

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

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

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
elmir.uzeinovic97@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Psihiatrične medicinske sestre so pri svojem delu izpostavljene intenzivnim čustvenim obremenitvam, nasilju in organizacijskim zahtevam, kar povečuje tveganje za stres in izgorelost ter ogroža kakovost zdravstvene oskrbe. Namen raziskave je bil preučiti mehanizme spoprijemanja z izgorelostjo, vlogo psihiatrične prve pomoči ter strategije za ohranjanje duševnega zdravja med nudenjem zdravstvene oskrbe od psihiatričnih medicinskih sester.

Metode: Med junijem in avgustom 2025 je bila izvedena kvalitativna raziskava, ki temelji na deskriptivno-interpretativni metodi na vzorcu sedmih diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov. Podatki so bili zbrani s polstrukturiranimi intervjuji, ki smo jih zvočno posneli in prepisali. Pri analizi podatkov je bila uporabljena metoda analize vsebine.

Rezultati: Z analizo podatkov in združevanjem kod v tematske kategorije so bile identificirane štiri skupine izkušenj izgorelosti (simptomi, stresorji, vpliv na profesionalno in osebno življenje) ter dve skupini strategij spoprijemanja z duševnimi obremenitvami (osebne in organizacijske). Udeleženci poročajo o kronični utrujenosti, čustveni izčrpanosti, zmanjšani empatiji, socialni izolaciji, vplivu izmenskega dela, kadrovske stiski in stigmati. Kot ključne strategije spopadanja z duševnimi obremenitvami navajajo telesno dejavnost, stik z naravo, postavljanje meja med službenim in zasebnim življenjem in podporo sodelavcev, pri čemer poudarjajo odsotnost supervizije in pomanjkanje izobraževanj o psihiatrični prvi pomoči.

Diskusija in zaključek: Rezultati kažejo, da je izgorelost v psihiatrični zdravstveni negi neposredno povezana z zahtevno naravo dela in organizacijskimi pogoji. Zahtevane so sistemske spremembe na ravni kadrovskega normativov, organizacije dela, redne supervizije ter ciljnih izobraževanj, kar bi prispevalo k boljšemu duševnemu zdravju medicinskih sester in kakovosti oskrbe.

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric nurses are exposed to intense emotional stress, violence and organisational demands, which increase their risk of stress and burnout and, in turn, threaten the quality of health care. The purpose of this study was to investigate psychiatric nurses' experiences of burnout, their ways of coping with stress, and the challenges they face in providing psychiatric first aid.

Methods: A qualitative study using a descriptive-interpretive approach was conducted between June and August 2025 with a sample of seven registered nurses. Data were collected through semi-structured interviews, which were audio-recorded and transcribed verbatim. The data were analysed using qualitative content analysis.

Results: Data analysis and the grouping of codes into thematic categories identified four categories of burnout experiences (symptoms, stressors, and the impact on professional and personal life), and two categories of coping strategies for mental strain (personal and organisational). Reported symptoms included chronic fatigue, emotional exhaustion, reduced empathy, and social isolation. Key stressors comprised shift work, staff shortages, and stigma. Participants reported physical activity, contact with nature, setting boundaries between work and personal life, and support from colleagues as the main coping strategies, while highlighting the absence of supervision and insufficient training in psychiatric first aid.

Discussion and conclusion: Burnout in psychiatric nursing is closely related to the demanding nature of the work and the specific organisational conditions. Systemic changes are needed at the level of staffing standards, work organisation, regular supervision and targeted training, as these could contribute to better mental health of nurses and improved quality of care.



Prejeto/Received: 28. 11. 2025
Sprejeto/Accepted: 20. 7. 2026

© 2026 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

Sočutje je večdimenzionalen koncept, ki vključuje prepoznavanje trpljenja druge osebe, čustveni odziv nanj ter motivacijo za njegovo lajšanje, pri čemer predstavlja eno izmed temeljnih vrednot v poklicu zdravstvene nege (Ali & Duru, 2025). Medicinske sestre pri svojem delu s sočutjem zadovoljujejo kompleksne potrebe posameznikov, pri čemer se soočajo s številnimi telesnimi, duševnimi, čustvenimi in etičnimi izzivi (Itzhaki et al., 2015; Melnyk et al., 2018).

Izmensko delo je ustaljena značilnost delovnega okolja medicinskih sester, saj omogoča neprekinjeno štiriindvajseturno zdravstveno oskrbo. Čeprav je organizacija delovnega časa regulirana z različnimi predpisi, med drugim v Sloveniji z *Zakonom o delovnih razmerjih* (Zakon o delovnih razmerjih, 2016), ti ne zadostujejo za preprečevanje negativnih posledic izmenskega dela. Izmensko delo in težke delovne obremenitve lahko kljub obstoječim regulativam pomembno prispevajo k povečani ravni stresa, motnjam v ravnovesju med poklicnim in zasebnim življenjem ter večjemu tveganju za razvoj izgorelosti pri zdravstvenih delavcih (Widayana et al., 2025).

Podatki Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2021) kažejo, da vsak četrti zdravstveni delavec dela več kot 50 ur tedensko, vsak tretji pa je že doživel nasilje na delovnem mestu, kar dodatno povečuje stresne obremenitve. Takšni delovni pogoji predstavljajo pomemben dejavnik tveganja za poslabšanje duševnega zdravja in dobrobiti zaposlenih. V psihiatrični zdravstveni negi so ti izzivi izrazitejši, v zadnjem desetletju pa je omenjeno področje doživelo pomembne reforme, kot so predvsem prehod v skupnostno in posamezniku usmerjeno obravnavo v smislu razumevanja zdravja kot celostnega koncepta (Cleary, 2026). Vendar povečane zahteve takega načina, skupaj z obstoječimi delovnimi obremenitvami, dodatno prispevajo k pritiskom na zdravstvene delavce. Zdravstveni sistemi se še vedno soočajo s pomanjkanjem finančnih sredstev, kar dodatno omejuje možnosti za ustrezno podporo zaposlenim ter negativno vpliva tako na kakovost oskrbe kot na zadovoljstvo in dobrobit medicinskih sester (WHO, 2022).

Uravnavanje čustev ostaja ključni del psihiatrične zdravstvene nege (Dickens & Hosie, 2022), vendar so psihiatrične medicinske sestre zaradi značilnosti dela pogosto izpostavljene visokim ravnam stresa, kar povečuje tveganje za izgorelost. Ta je povezana predvsem z delovnimi obremenitvami, pomanjkanjem kadra, neustrezno komunikacijo in slabim vodenjem (O'Connor et al., 2018; Shah et al., 2021; Yang et al., 2018; Yarbeygi et al., 2017). Dolgotrajna izpostavljenost stresu lahko vpliva na razvoj izgorelosti, katere razširjenost se v bolnišničnem okolju giblje med 5 % in 50 % (Jun et al., 2021), pri čemer se izgorelost povečuje s starostjo in delovno dobo, zlasti na področju psihiatrične zdravstvene nege (Román-Sánchez et al., 2022).

Čeprav v Sloveniji obstajajo raziskave o stresu medicinskih sester pri delu (Kavšak & Prosen, 2021; Rožman et al., 2016; Šajn Lekše et al., 2021), ostajajo povezave med izkušnjo izgorelosti, strategijami ohranjanja duševnega zdravja ter izzivi pri nujenju psihiatrične prve pomoči še vedno premalo raziskane. Ta vrzel predstavlja pomemben izziv za klinično prakso, saj pomanjkljivo razumevanje teh dejavnikov lahko omejuje razvoj učinkovitih načinov za podporo medicinskim sestram, krepitev njihovega duševnega zdravja ter izboljšanje kakovosti izvajanja psihiatrične zdravstvene nege. Nadaljnje poglobljeno preučevanje na omenjenem področju bi omogočilo razvoj ciljno usmerjenih intervencij za izboljšanje dolgoročne dobrobiti medicinskih sester in kakovosti psihiatrične zdravstvene nege.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil preučiti načine spoprijemanja z izgorelostjo, uporabo psihiatrične prve pomoči pri obvladovanju psihičnih obremenitev ter strategije za ohranjanje duševnega zdravja med nujenjem zdravstvene oskrbe z vidika psihiatričnih medicinskih sester. Cilj raziskave je bil pridobiti poglobljeno razumevanje osebnih in poklicnih izkušenj teh sester z izgorelostjo ter identificirati konkretne in učinkovite strategije za njeno obvladovanje in preprečevanje.

Zastavili smo si tri temeljna raziskovalna vprašanja:

- Kako psihiatrične medicinske sestre doživljajo in opisujejo svojo izkušnjo izgorelosti?
- Katere strategije in načine spoprijemanja uporabljajo psihiatrične medicinske sestre za obvladovanje stresa in ohranjanje duševnega zdravja?
- S kakšnimi izzivi se soočajo medicinske sestre pri nujenju prve pomoči v psihiatrični zdravstveni negi?

Metode

Uporabljena je bila kvalitativna raziskovalna paradigma, v okviru katere smo izbrali deskriptivno-interpretativno metodo. Ta omogoča poglobljen opis subjektivnih izkušenj udeležencev ter prepoznavanje pomenov, vzorcev in skupnih značilnosti njihovega doživljanja v dejanskem kliničnem okolju (Polit & Beck, 2014; Streubert & Carpenter, 2011). Tak način je primeren, saj je namen raziskave preučiti, kako psihiatrične medicinske sestre doživljajo izgorelost, katere strategije uporabljajo pri spoprijemanju s stresom in ohranjanju duševnega zdravja ter s katerimi izzivi se soočajo pri nujenju psihiatrične prve pomoči. Deskriptivno-interpretativni način omogoča razumevanje poklicnih in osebnih izkušenj medicinskih sester kot kompleksnega prepleta individualnih, medosebnih, organizacijskih in kliničnih dejavnikov. Temelji na prepoznavanju ponavljajočih se vzorcev v pripovedih udeležencev ter njihovem združevanju v kode, podkategorije in

tematske kategorije. Pri tem omogoča ohranjanje subjektivne perspektive udeležencev, hkrati pa upošteva razlike v njihovih izkušnjah, delovnih okoliščinah in načinih spoprijemanja z obremenitvami (Thompson Burdine et al., 2020).

Opis instrumenta

Podatki so bili zbrani s polstrukturiranimi poglobljenimi intervjuji, za katere smo pridobili dovoljenje ustrezne ustanove. Polstrukturirani poglobljeni intervjuji so pogosta metoda kvalitativnih raziskav na področju zdravstvene nege. Gre za interaktivni pogovor med raziskovalcem in udeležencem, ki temelji na fleksibilnem naboru vprašanj ter omogoča raziskovanje misli, občutkov in prepričanj (DeJonckheere & Vaugh, 2019). Ta način omogoča zbiranje bogatih, odprtih podatkov in poglobljeno razumevanje osebnih in občutljivih tem. Intervju je bil strukturiran na pet vsebinskih sestavnih delov vprašanj: doživljanje in izkušnje z izgorelostjo, stresne situacije in dejavnike tveganj, vloga in pomen psihiatrične prve pomoči, strategije za obvladovanje stresa in izgorelosti in organizacijsko podporo in izboljšanje delovnih pogojev. Vnaprej pripravljena vprašanja so bila zastavljena na podlagi ciljev in pregleda literature. Vsak udeleženec je prejel devetnajst vprašanj odprtega tipa, kar je omogočilo pridobivanje poglobljenih in osebno obarvanih odgovorov ter boljše razumevanje izkušenj udeležencev (Kordeš & Smrdu, 2015). Primeri vprašanj za posamezni sestavni del: Ali ste kdaj občutili simptome izgorelosti? Katere situacije ali dejavniki v vašem delu najpogosteje povzročajo stres? Katere tehnike ali strategije uporabljate za umirjanje pacientov v akutnih kriznih stanjih? Katere strategije uporabljate za obvladovanje stresa in preprečevanje izgorelosti? Ali menite, da imate dovolj virov in podpore za učinkovito opravljanje svojega dela?

Opis vzorca

Udeležence smo izbrali z namenskim vzorcem. V raziskavi je sodelovalo sedem diplomiranih medicinskih sester, ki so zaposlene v bolnišničnem okolju najmanj dve leti. Za zagotavljanje raznolikosti perspektiv so bili vključeni udeleženci z različnimi stopnjami delovnih izkušenj, stari med 25 in 56 let. Štirje udeleženci so bili zaposleni na področju forenzične psihiatrije, trije pa na intenzivnih psihiatričnih enotah bolnišničnega okolja. Nasičenost, pri kateri dodatni intervjuji niso več prinašali novih podatkov, je bila dosežena pri sedmem intervjuju.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala med junijem in avgustom 2025. Pred začetkom izvedbe polstrukturiranih intervjujev smo pridobili soglasje pristojne Etične komisije Službe zdravstvene nege (št. soglasja: 123-29(8001)/2025-5).

Udeležence smo k sodelovanju povabili preko osebnih poznanstev, pri čemer je bil termin posameznega intervjuja dogovorjen individualno glede na njihovo časovno razpoložljivost.

Intervjuji so bili izvedeni v mirnem in zasebnem prostoru, ki je zagotavljal ustrezne pogoje za nemoten pogovor, ter so v povprečju trajali 45 minut. Pred začetkom intervjuja so vsi udeleženci podpisali informirano soglasje, v katerem so bili seznanjeni z namenom in potekom raziskave, prostovoljnostjo sodelovanja, možnostjo odstopa brez negativnih posledic, zaupnostjo in anonimno obdelavo podatkov ter zvočnim snemanjem intervjujev za potrebe nadaljnje analize.

Vsi intervjuji so bili zvočno posneti, dobesečno prepisani in anonimizirani, pri čemer so bili udeleženci označeni s kodami (I1–I7). Neposredno po vsakem intervjuju so bili pripravljene tudi zapiski opazanj, ki so dopolnjevali zbrane podatke in prispevali k celovitejši interpretaciji rezultatov. Po končanem prepisu so bili zvočni posnetki trajno izbrisani.

Pred začetkom glavnega dela raziskave je bil izveden pilotni intervju z enim udeležencem, ki je izpolnjeval vključitvene kriterije. Namen pilotnega intervjuja je bil preveriti razumljivost vprašanj, ustreznost strukture intervjuja in njegovo časovno trajanje. Na podlagi ugotovitev smo vprašanja delno prilagodili in izboljšali njihovo jasnost. Podatki, pridobljeni v pilotnem intervjuju, niso bili vključeni v končno analizo.

Za analizo podatkov je bila uporabljena kvalitativna analiza vsebine (Krmac & Cencič, 2023). Analiza je potekala induktivno, brez vnaprej določenih teoretičnih kategorij. Po dobesečnem prepisu intervjujev smo besedilo večkrat natančno prebrali, identificirali pomenske enote ter jih odprto kodirali. Sorodne kode smo združili v podkategorije, te pa na podlagi vsebinske sorodnosti v širše kategorije, ki so predstavljale osnovo za interpretacijo raziskovalnih ugotovitev.

Kode smo najprej oblikovali neodvisno, nato pa jih uskladili s skupnimi razpravami. Mogoče razlike v kodiranju so bila rešene s poglobljeno primerjavo interpretacij, dokler ni bilo doseženo soglasje, kar je prispevalo k večji zanesljivosti in doslednosti analize. Za povečanje verodostojnosti raziskave je bila uporabljena raziskovalna triangulacija. Primerjali smo vzorce, podobnosti in razlike v odgovorih različnih udeležencev ter na tej podlagi oblikovali končne kategorije in interpretacijo rezultatov.

Rezultati

Na podlagi tematske analize smo identificirali več glavnih kategorij, ki opisujejo izkušnje izgorelosti psihiatričnih medicinskih sester, ključne stresorje, vplive obremenitev na profesionalno in osebno življenje ter strategije spoprijemanja (Tabela 1).

Doživljanje izgorelosti

Udeleženci soglasno opisujejo delo v psihiatrični zdravstveni negi kot strokovno zahtevno, čustveno

intenzivno in nepredvidljivo. Kot najpogostejši znak izgorelosti udeleženci opisujejo pojav čustvene izčrpanosti: »Sem občutil simptome izgorelosti in jih še vedno. Mogoče enkrat ali dvakrat na leto pride

Tabela 1: Glavne kategorije, podkategorije in kode

Glavna kategorija	Podkategorije	Kode
Doživljanje izgorelosti	Čustvena izčrpanost	utrujenost; občutek praznine; zmanjšana čustvena prisotnost; razdražljivost; pomanjkanje potrpežljivosti; tesnoba; občutek cinичnosti
	Telesna izčrpanost	kronična utrujenost; zaspanost po nočnih izmenah; zmanjšana energija; fizična izčrpanost po dolgem turnusu
	Motivacijska izčrpanost	zmanjšana motivacija; občutek rutine; dvom v lastno delo; občutek neučinkovitosti
	Kognitivne spremembe	zmanjšana koncentracija; slab fokus; pomanjkljiva pozornost; občasno zmanjšana zbranost
	Vedenjske spremembe	čustvena odsotnost; umik v delo; manj poslušanja pacientov; umik v tišino
Stresorji in sprožilni dejavniki	Klinični stresorji	fizična agresija; verbalna agresija; nepredvidljivi izbruhi; akutna psihotična stanja; uvedba posebnih varovalnih ukrepov; intoksikacije
	Organizacijski stresorji	neustrezna razporeditev delovnega časa; nočne izmene; pomanjkanje kadra; pokrivanje bolniških; pomanjkljiva komunikacija z nadrejenimi
	Psihološki stresorji	stalna psihična prisotnost; občutek odgovornosti za varnost; občutki nemoči; dvom v lastno znanje
	Socialni stresorji	stigma psihiatričnega dela; nerazumevanje s strani drugih oddelkov; posmehljiv odnos do pacientov; nerazumevanje narave dela
Vpliv na profesionalno življenje	Spremembe v odnosu do dela	zmanjšana potrpežljivost; čustvena odmaknjenost; nižja empatija; skrb nad profesionalnostjo; dvom v lastne kompetence
	Vpliv na tim in medsebojne odnose	nesoglasja med sodelavci; obremenjen komunikacijski kanal; manj časa za terapevtski odnos; občutek nerazumljenosti
	Učinkovitost dela	zmanjšana koncentracija; večja možnost napak; motnje v odločanju; obremenjenost zaradi administracije
	Profesionalna identiteta	občutek nepodprtosti; občutek samoumevnosti; strah pred napačno oceno situacij; obremenjenost z odgovornostjo
Vpliv na osebno življenje	Čustvene posledice	brezvoljnost; čustvena izpraznjenost; razdražljivost; žalost; umik iz socialnih stikov
	Socialno funkcioniranje	socialna izolacija; pomanjkanje želje po druženju; umik v zasebnost; težave v komunikaciji doma
	Telesne posledice	motnje spanja; izčrpanost; pomanjkanje energije; »povožen« občutek
Strategije spoprijemanja s stresom	Družinsko življenje	vpliv službe na odnose doma; preobremenjenost; potreba po odmiku po delu; oženje vsakodnevnih aktivnosti
	Telesna dejavnost in narava	sprehodi; gibanje; čas v naravi; fitnes; tek
	Psihološke strategije	dihalne vaje; sproščanje; meditacija; samorefleksija; postavljanje meja
	Socialne strategije	stik s prijatelji; družinske aktivnosti; timska podpora; pogovor s sodelavci
	Pomoč hišnih ljubljencev	stik s psom; emocionalna podpora živali; sprehodi z živaljo
Podpora delovnega okolja	Ločevanje zasebnega in delovnega življenja	blokada med službo in domom; izogibanje delovnim klicem doma; selektivna komunikacija
	Podpora sodelavcev	medsebojna pomoč; timska kohezija; pogovor; izmenjava izkušenj
	Podpora nadrejenih	poslušanje; včasih pomanjkljivo ukrepanje; dodatna naloga kot vir stresa
	Supervizija	odsotnost supervizije; nerealizirani načrti za uvedbo; potreba po uvedbi
Psihiatrična prva pomoč - izzivi	Izobraževanja	pomanjkanje izobraževanj o PVU; pomanjkanje izobraževanj o deeskalaciji; samoiniciativno branje tujih virov
	Tehnike umirjanja	terapevtska komunikacija; neprovokativen način; pristop; aktivno poslušanje; ohranjanje varne razdalje
	Operativni izzivi	kadrovska stiska; nujnost hitrega timskega delovanja; odvisnost od izkušenosti zdravnika
	Viri in zakonodaja	pomanjkanje slovenskih smernic; zakonodajne omejitve; kazenski vidik psihiatrične ZN
	Potrebe po izboljšavah	dodatna usposabljanja; jasnejši protokoli; destigmatizacija v širši družbi; izobraževalne kampanje

Legenda: PVU – posebni varovalni ukrepi; ZN – zdravstvena nega

do takšne situacije.« (I4) »Da, izgorelost je pri meni pogosto izražena v manjši ravni potrpežljivosti, manj poslušanja pacientov in sodelavcev, višja je raven utrujenosti, zaspanosti, manjka koncentracije, empatije.« (I5) »V službi sem opazila, da sem prisotna le fizično. Čustvene prisotnosti nisem občutila, bila sem manj potrpežljiva.« (I1)

Telesna izčrpanost se kaže predvsem v kronični utrujenosti, pomanjkanju energije ter motnjah spanja, ki so pogosto povezane z izmenskim delom. Udeleženci povedo: »Pojavi se kronična utrujenost ...« (I4) »Veš da si težek oddelek pustil in si naslednji dan zopet v službi ter veš da si nenaspan.« (I4) Udeleženci opozarjajo tudi na vpliv nočnega dela: »Občasno se simptomi v smislu zmanjšane tolerance in potrpežljivosti, zmanjšanje fokusa, pospanost pojavijo, ko delamo več dni zapored nočno izmeno.« (I6)

Motivacijska izčrpanost se kaže kot izguba volje za delo, zmanjšano zanimanje za socialne aktivnosti ter občutek brezvoljnosti: »Občutki so se pojavili tudi doma, saj sem bila tudi doma brez energije in volje za druženje.« (I1) Udeleženci opozarjajo na občutek podcenjenosti kot dejavnik zmanjšane motivacije: »K temu prispeva tudi občutek, da medicinske sestre niso cenjene.« (I1)

Kognitivne spremembe se kažejo predvsem kot zmanjšana koncentracija, dvomi v lastno delo ter stalna mentalna obremenjenost. Udeleženci kognitivne spremembe opisujejo kot: »Manjka koncentracije, manj poslušanja pacientov in sodelavcev.« (I5) »Včasih je znalo vplivati name, predvsem zaradi dvoma v lastno znanje (sem jaz tista moteča, ali delam kaj narobe).« (I2) Udeleženci opisujejo tudi stalno mentalno obremenjenost z delom: »V glavi si že vnaprej narediš kakšen scenarij, kako boš rešil določeno situacijo.« (I4)

Vedenjske spremembe se kažejo kot socialno umikanje, zmanjšana komunikacija ter težave pri ločevanju poklicnega in zasebnega življenja: »Večkrat se je pojavila socialna izolacija. Ko sem prišel domov, se nisem želel z nikomer pogovarjati.« (I3) »Izgubi se tudi želja po socialnem življenju in pogovarjanju.« (I3) »Težko je vzpostaviti distanco med delovnim okoljem in zasebnim življenjem.« (I5)

Stresorji in sprožilni dejavniki

Psihiatrične medicinske sestre navajajo specifične stresorje, ki jih razlikujejo od drugih področij zdravstvene nege. Klinični stresorji vključujejo fizično in verbalno agresijo, akutna psihiatrična stanja, nepredvidljivost vedenja pacientov, intoksikacije ter izvajanje posebnih varovalnih ukrepov. Udeleženci poudarjajo, da je nepredvidljivost pacientov eden najzahtevnejših vidikov dela: »Na psihiatriji ne moreš vedeti, kako bo pacient odreagirati, predvsem če je intoksiciran.« (I4) »Verbalna agresija je skoraj

vsakodnevna in zahteva stalno pripravljenost.« (I3) »Vendar se še vedno pojavijo pomisleki: kaj, če me pacient pljune, udari, ugrizne, ima kakšne spolno prenosljive bolezni.« (I3) Podobno udeleženci opisujejo tudi stres ob sprejemu pacientov z nepredvidljivim vedenjem: »V prvi vrsti sprejem vsakega pacienta, ki ga ne poznam. Situacija je nepredvidljiva in ne veš, kako boš končal dan.« (I4) Kot pomemben stresor je izpostavljeno tudi izvajanje posebnih varovalnih ukrepov: »Zame stres mnogokrat povzroča PVU, predvsem fiksacija pacienta s pasovi na posteljo ali pa omejitve pacienta znotraj enega prostora.« (I6) Udeleženci navajajo tudi skrb za varnost zaposlenih in pacientov: »Na osebni ravni predstavlja visok stresni faktor skrb za varnost sodelavcev in zase.« (I5)

Organizacijski stresorji, kot so pomanjkanje kadra, neenakomerni urniki, administrativne obremenitve ter nadomeščanje odsotnosti, predstavljajo pomemben vir delovnega stresa: »Veš, da si težek oddelek pustil in si naslednji dan zopet v službi nenaspan. Vsako spanje je nezadostno.« (I4) »Razporeditve delovnega časa skoraj ni. Večino časa preživiš v službi.« (I2) »Urniki samo po sebi so zelo zahtevni, tudi iz vidika prehodov iz izmene na izmeno, kot tudi samega izmenskega dela.« (I1) Udeleženci poudarjajo tudi kadrovske podhranjenosti: »Pri nas smo pogosto preobremenjeni predvsem zaradi premajhnega števila kadra na oddelku.« (I1) »Zdravstvenega osebja je v osnovi premalo, kar pomeni večjo obremenitev.« (I5) Stres predstavlja tudi količino administrativnega dela: »Ogromno dela imaš tudi z administracijo.« (I4)

Psihološki stresorji vključujejo občutek odgovornosti, stalno psihično napetost, potrebo po stalni zbranosti ter čustveno zahtevno delo s pacienti. »Veliko odgovornosti nosiš kot diplomirani zdravstvenik.« (I3) Udeleženci poudarjajo tudi čustveno zahtevnost terapevtskega odnosa: »Človek se nam mnogokrat čustveno popolnoma razgali, tako da imamo vpogled tudi v njihovo osebno življenje.« (I6) Psihološko obremenitev predstavlja tudi stalna pripravljenost na krizne okoliščine: »Agresivno vedenje pacientov se ne pojavlja vsakodnevno, vendar je vseeno pogosto, kar zahteva stalno pripravljenost zaposlenih.« (I1)

Socialni stresorji vključujejo medosebne odnose v timu, konflikte, komunikacijske težave ter stigma psihiatrične zdravstvene nege: »V trenutkih se je pojavila tesnoba kot posledica mobinga na delovnem mestu ter neprijaznosti.« (I2) »Tukaj nas dela veliko različnih karakterjev, v določenih primerih bi morali delati na tem, saj vedno ni razumevanja.« (I1) Udeleženci poudarjajo tudi vpliv negativne organizacijske klime: »Vlada nekoliko negativna klima.« (I2) Pomemben stresor predstavlja tudi stigma psihiatrične zdravstvene nege, ki vpliva na počutje in profesionalno identiteto zaposlenih: »Psihiatrična zdravstvena nega je še vedno stigmatizirana, veliko je nerazumevanja in posmehovanja.« (I1) »Stigma še vedno močno ožigosa ljudi, ki pomoč potrebujejo.«

(I6) Udeleženci poudarjajo tudi pomen podpore sodelavcev kot varovalnega dejavnika: »Najpogosteje si pomagamo v krogu sodelavcev, saj si delimo podobne izkušnje.« (I5) Nekateri udeleženci poudarjajo tudi vpliv delovnih odnosov: »Tukaj nas dela veliko različnih karakterjev, v določenih primerih bi morali delati na tem, saj vedno ni razumevanja.« (I1) »Iz strani sodelavcev se vedno najde nekdo za podporo, si pa v večini primerov krog ljudi izbereš sam, saj od vseh podpore ne moreš pričakovati.« (I7)

Vpliv na profesionalno življenje

Izgorelost pomembno vpliva na profesionalno učinkovitost, odnose v timu ter doživljanje lastne kompetentnosti. Udeleženci opisujejo, da izgorelost vpliva na njihov odnos do dela, predvsem v obliki zmanjšane empatije, manjše potrpežljivosti in čustvene distance do pacientov: »Pojavi se pomanjkanje empatije.« (I1) Nekateri poudarjajo tudi zmanjšano potrpežljivost pri delu s pacienti: »Da, pogosto se izraža v manjši ravni potrpežljivosti in manj poslušanja pacientov.« (I5)

Izgorelost vpliva tudi na odnose v timu, predvsem v obliki napetosti, slabše komunikacije ter zmanjšane tolerance do sodelavcev: »Bila sem manj potrpežljiva, kar je vplivalo na odnose s sodelavci in pacienti.« (I1) Udeleženci poudarjajo tudi pomen dobrih odnosov kot varovalnega dejavnika: »Veliko pomeni, da imaš na oddelku nekoga, s katerim se lahko pogovoriš in se mu zaupaš.« (I4) Nekateri udeleženci navajajo, da lahko slaba komunikacija dodatno povečuje stres: »Veliko prispeva tudi slabši pretok informacij, večkrat tudi komunikacija ni ustrezna.« (I2)

Udeleženci opisujejo, da izgorelost vpliva na njihovo delovno učinkovitost, predvsem v obliki zmanjšane koncentracije, večje možnosti napak ter občutka preobremenjenosti: »Vedno imam v glavi, če bom vse informacije predal na oddelkih ter obremenitev z dodatno odgovornostjo.« (I3) »Konec dneva nimaš kaj pokazati, saj imaš ogromno administracije.« (I4) Udeleženci poudarjajo tudi vpliv utrujenosti na kakovost dela: »Pojavi se manj koncentracije, utrujenost in manjka fokusa.« (I5) Nekateri opisujejo tudi vpliv organizacijskih zahtev: »Se pa občasno dogaja, da nam nadrejeni naložijo tudi dodatno delo, ki pa je lahko seveda povod za novi stres.« (I6) Dodatno obremenitev predstavlja tudi odgovornost pri kliničnem delu: »Pritiski in odgovornost so lahko zelo veliki, predvsem pri pripravi in aplikaciji zdravil.« (I1)

Izgorelost vpliva tudi na doživljanje lastne profesionalne kompetentnosti, kar se kaže v dvomu v lastno znanje ter občutku nezadostnosti. »Včasih sem dvomila v lastno znanje – ali delam kaj narobe.« (I2) Udeleženci opisujejo tudi potrebo po stalnem dokazovanju lastnih kompetenc: »Na začetku sem se počutil nevidnega.« (I4) Nekateri udeleženci

poudarjajo tudi pomen strokovnega razvoja za ohranjanje profesionalne identitete: »Z delom na psihiatriji lahko gradiš tudi na sebi in se izpopolnjuješ kot človek.« (I5) Hkrati poudarjajo tudi občutek podcenjevanja poklica: »Večkrat se pričakuje od zdravstvenih delavcev, da gremo preko svojih zmožnosti.« (I1)

Vpliv na osebno življenje

Izgorelost se pomembno pojavlja tudi v zasebnem življenju zaposlenih. Udeleženci poročajo o vplivu na psihično počutje, socialne odnose, telesno počutje ter družinsko življenje.

Udeleženci opisujejo različne čustvene posledice izgorelosti, kot so razdražljivost, čustvena izčrpanost, občutek praznine ter zmanjšana toleranca. »To so bili občutki praznine, utrujenosti, pomanjkanje motivacije, težave s spanjem, kar vodi tudi v razdražljivost.« (I1) »Predvsem negativno, saj sem bila tudi v osebem življenju tako rekoč kratkostična.« (I6) Udeleženci opisujejo tudi občutek psihične obremenjenosti po končanem delu: »Včasih se ti negativni občutki pojavijo tudi po končanem delu.« (I1)

Izgorelost se pogosto kaže v socialnem umiku, zmanjšani želji po komunikaciji ter potrebi po samoti: »Ko sem prišel domov, se nisem želel z nikomer pogovarjati.« (I3) »Izgubi se tudi želja po socialnem življenju in pogovarjanju.« (I3) Nekateri udeleženci poudarjajo tudi pomen zavestnega ločevanja delovnega in zasebnega okolja: »Trenutno občutki več ne vplivajo name, saj sem se naučila pustiti službo v službi.« (I2)

Telesne posledice izgorelosti se kažejo predvsem v kronični utrujenosti, pomanjkanju energije in motnjah spanja. »Pojavi se pomanjkanje energije.« (I1) »Vsako spanje, ki ga imaš, je v tem obdobju nezadostno.« (I4) »Če ne spim dovolj v kosu, se počutim povoženo.« (I4) Udeleženci poudarjajo tudi vpliv izmenskega dela: »Pojavi se utrujenost, pospanost in manjka koncentracije.« (I5)

Izgorelost vpliva tudi na odnose z družinskimi člani in kakovost preživljanja prostega časa. »Občutki so se pojavili tudi doma, saj sem bila brez energije in volje za druženje. To so opazili tudi moji domači.« (I1)

Strategije spoprijemanja s stresom

Zaposleni uporabljajo številne osebne strategije za obvladovanje stresa in preprečevanje izgorelosti. Telesna aktivnost predstavlja eno najpogostejše omenjenih strategij obvladovanja stresa. Udeleženci poudarjajo predvsem sprehode, športne aktivnosti in gibanje kot način psihične razbremenitve: »Najpomembnejša je redna telesna aktivnost – sprehodi v naravi me umirijo.« (I1) »Pogosto naredim odklop, v smislu vikend odhodov na izlete v naravo.« (I5) »Rad se ustavim v fitnesu in grem na tekalo stezo,

kjer se prediham.« (I4) Nekateri udeleženci omenjajo tudi druge oblike rekreacije: »Rad tudi plavam in se sproščam v vodi.« (I4)

Psihološke strategije vključujejo samorefleksijo, mentalno distanciranje od stresnih situacij ter različne tehnike sproščanja: »Predelam situacijo osebno. Grem na sprehod.« (I2) Udeleženci omenjajo tudi tehnike sproščanja: »Pred spanjem poslušam sproščujočo glasbo in izvajam dihalne vaje.« (I1) Nekateri poudarjajo tudi pomen aktivnosti, ki omogočajo mentalni odmik od dela: »Berem knjige in izvajam aktivnosti, ki mi pomagajo pri razbremenitvi.« (I3)

Socialna podpora predstavlja pomemben zaščitni dejavnik, čeprav udeleženci navajajo, da zaradi utrujenosti socialni stiki niso vedno izvedljivi: »Pojavi se izguba želje po socialnem življenju, tudi ko bi pogovor koristil.« (I3) Kljub temu nekateri aktivno ohranjajo socialne stike kot strategijo obvladovanja stresa: »Druženje s prijatelji izven delovne sredine mi pomaga pri razbremenitvi.« (I5) Udeleženci poudarjajo tudi pomen pogovora: »Veliko mi pomeni pogovor z ljudmi, ki niso povezani z delom.« (I5)

Nekateri udeleženci kot pomemben vir psihične podpore navajajo tudi hišne ljubljence: »Imam psa, ki mi pomaga obvladovati stres.« (I4) Udeleženci opisujejo tudi pomen aktivnosti z živalmi: »Z njim preživim veliko časa in mi pomaga, da se sprostim.« (I4)

Pomembno strategijo predstavlja tudi zavestno ločevanje poklicnega in zasebnega življenja, kar udeleženci opisujejo kot proces, ki zahteva čas in osebno prilagoditev: »Trudim se tudi ohranjati mejo med zasebnim in službenim življenjem, kar vedno ni enostavno.« (I1) »Potrudim se narediti blokado, da stvari ne nosim domov.« (I4) Nekateri udeleženci omenjajo tudi aktivno mentalno distanco: »Sem se naučila pustiti službo v službi.« (I2)

Podpora delovnega okolja

Udeleženci poudarjajo, da ima delovno okolje pomembno vlogo pri preprečevanju izgorelosti, predvsem skozi medosebne odnose in organizacijsko podporo. Najmočnejša oblika podpore izhaja iz sodelavcev. Udeleženci poudarjajo pomen neformalnih pogovorov, medsebojnega razumevanja in timske povezanosti kot pomembnih zaščitnih dejavnikov pred izgorelostjo: »Z neposrednim timom imamo zelo dobro komunikacijo. Zadeve rešujemo sproti.« (I7) »Mnogokrat oziroma najpogosteje se o stresnih situacijah pogovarjamo s sodelavci.« (I6) Udeleženci poudarjajo tudi pomen zaupanja in odprte komunikacije: »Veliko pomeni, da imaš na oddelku nekoga, s katerim se lahko pogovoriš in se mu zaupaš.« (I4) »Najpogosteje si pomagamo v krogu sodelavcev, saj si delimo podobne izkušnje.« (I5)

Podpora nadrejenih je ocenjena kot pomembna, vendar ne vedno zadostna. Udeleženci opisujejo, da je komunikacija pogosto prisotna, vendar spremembe

niso vedno realizirane. »Tudi z nadrejenimi bi lahko bila komunikacija včasih boljša iz vidika poslušanja in razumevanja.« (I1) »Komunikacija z nadrejenimi je zadovoljiva, vendar se mi zdi, da se večkrat posluša, vendar redko kaj naredi oziroma spremeni.« (I2) Nekateri udeleženci opisujejo tudi pozitivne izkušnje: »Odnos z nadrejenimi je precej dober, zdi se mi, da prisluhnejo mnenju sodelavcev.« (I3)

Udeleženci pogosto poudarjajo pomanjkanje organizirane supervizije kot pomembno vrzel v podpori zaposlenim: »Supervizija ni na voljo, čeprav je bila napovedana.« (I4) »Supervizije nisem zasledil, da bi se na oddelku izvajala.« (I3) »O superviziji je bilo govora, vendar se kasneje situacija ni realizirala.« (I2) Kljub temu udeleženci poudarjajo potrebo po taki obliki podpore: »Mogoče tudi uvedba supervizije bi pripomogla k izboljšanju situacije.« (I2)

Izobraževanja so prepoznana kot pomemben dejavnik strokovne podpore, vendar udeleženci navajajo, da jih je premalo ali pa niso dovolj poglobljena. »Izobraževanja so pogosto prehitro izpeljana in premalo poglobljena.« (I2) »Premalo je udeležbe na različnih seminarjih, ki zaradi delovne razporeditve ni mogoča.« (I2) Udeleženci poudarjajo tudi potrebo po dodatnem strokovnem znanju: »Potrebovali bi več izobraževanj za obvladovanje težavnih pacientov.« (I5)

Nekateri vseeno omenjajo lastno iniciativo: »Tudi izven delovnega časa se izobražujem na področju duševnega zdravlja.« (I6)

Psihiatrična prva pomoč – izzivi

Udeleženci večinoma ocenjujejo svoje kompetence za nudenje psihiatrične prve pomoči kot ustrezne in hkrati opozarjajo na številne organizacijske in sistemske izzive pri njenem izvajanju. Udeleženci poudarjajo terapevtsko komunikacijo, aktivno poslušanje ter uporabo deeskalacijskih tehnik kot ključne metode pri obvladovanju kriznih okoliščin: »Veliko se da rešiti s pogovorom, brez provokacije.« (I2) »Uporabljamo deeskalacijske tehnike, umirjen govor in terapevtsko komunikacijo.« (I1) »Pomembno je, da se znaš pogovoriti brez provokacije pacienta.« (I2) Udeleženci poudarjajo tudi pomen timskega sodelovanja: »Takšnega pacienta obvladati ali umiriti sam ne moreš. Pomembno je timsko sodelovanje.« (I3) Nekateri poudarjajo tudi postopnost ukrepov: »Uporabiti je potrebno vse tehnike, ki jih imaš, dokler se ne uvede posebni varovalni ukrep.« (I3)

Med operativnimi izzivi udeleženci najpogosteje navajajo kadrovske manko, organizacijo dela ter odvisnost od razpoložljivosti in izkušenosti zdravnikov. »Včasih bi bilo za varnost nujno potrebnih več oseb.« (I3) »Večkrat se znajdemo v situacijah, kjer bi bilo iz vidika varnosti potrebno zagotoviti več osebja.« (I1) »Mnogokrat se izkaže, da je zaposlenih v določenih situacijah bistveno premalo.«

(I5) Udeleženci poudarjajo tudi na organizacijske razlike med izmenami: »Popoldan in ponoči je vse odvisno od tega, kateri zdravnik je dežuren.« (I4) »V dopoldanski izmeni imaš več možnosti za sodelovanje z zdravnikom, ponoči pa si bolj odvisen od situacije.« (I4) Kot izziv navajajo tudi potrebo po stalni pripravljenosti: »Znanje je potrebno prilagajati glede na posameznega pacienta in situacijo.« (I1)

Udeleženci opozarjajo na pomanjkanje sistematičnih izobraževanj, slovenskih strokovnih smernic ter na kompleksnost zakonodajnega okvira: »Veliko virov je tujih.« (I2) »Psihiatrična zdravstvena nega je specifična tudi iz vidika zakonodaje in kazenskega vidika.« (I2) Udeleženci opozarjajo tudi na pomanjkanje poglobljenega usposabljanja: »Nekaj izobraževanj je, vendar je nekoliko na hitro to razloženo. Sam se moraš precej poglobiti, da razumeš zadeve.« (I3) Nekateri poudarjajo tudi potrebo po boljšem poznavanju kriznih stanj: »Potrebno bi bilo več izobraževanj o prepoznavanju zgodnjih znakov akutnih kriznih stanj.« (I1)

Udeleženci predlagajo sistemske izboljšave, predvsem na področju izobraževanja, kadrovskih virov ter ozaveščanja javnosti o duševnem zdravju. »Potrebno bi bilo izboljšati znanje o prvi pomoči na področju psihiatrije in redno obnavljanje znanja.« (I2) »Potrebno bi bilo več izobraževanj in več kadra za varno izvajanje dela.« (I1) Nekateri poudarjajo tudi pomen širšega družbenega ozaveščanja: »Splošno populacijo bi bilo potrebno bolje seznaniti o prepoznavanju zgodnjih znakov akutnih kriznih stanj.« (I1) Udeleženci omenjajo prav tako pomen promocije duševnega zdravja: »Predlagala bi več promocije duševnega zdravja, saj to vodi v zmanjševanje stigme.« (I6)

Diskusija

Z raziskavo smo želeli pridobiti celovit uvid v subjektivno doživljanje izgorelosti, strategije spoprijemanja ter izzive pri nudenju psihiatrične prve pomoči med psihiatričnimi medicinskimi sestrami. Udeleženci so delo na področju duševnega zdravja opisovali kot strokovno zahtevno, čustveno intenzivno in pogosto nepredvidljivo, kar pomembno vpliva na njihovo psihofizično obremenitev ter doživljanje poklicnega stresa.

Rezultati kažejo, da psihiatrične medicinske sestre izgorelost doživljajo kot večdimenzionalen proces, ki vključuje čustveno, telesno in motivacijsko izčrpanost ter spremembe v kognitivnem funkcioniranju in vedenju. Posebej izstopa čustvena izčrpanost, ki se kaže v zmanjšani empatiji, čustveni distanci in občutku rutine, kar kaže na postopno erozijo profesionalne angažiranosti. Ti rezultati potrjujejo ugotovitve Cranage & Foster (2022), ki poudarjata, da je psihiatrična zdravstvena nega zaradi stalne izpostavljenosti agresiji, kriznim situacijam in čustveno zahtevnim interakcijam med najbolj

obremenjujočimi področji zdravstvene nege. Naši rezultati dodatno kažejo, da izgorelost ni le posledica posameznih stresnih dogodkov, temveč predvsem kronične izpostavljenosti nepredvidljivosti dela in stalni psihološki pripravljenosti. Pomembna ugotovitev te raziskave je, da udeleženci izgorelost pogosto opisujejo kot proces postopne adaptacije, pri kateri se zaposleni naučijo čustvene distance kot obrambnega mehanizma. To lahko razumemo kot obliko profesionalnega preživetvenega mehanizma, ki sicer kratkoročno zmanjšuje psihološko obremenitev, dolgoročno pa lahko vodi v zmanjšano zadovoljstvo pri delu (Kim et al., 2020). Rezultati naše raziskave prav tako kažejo, da izgorelost pomembno vpliva na profesionalno identiteto. Dvom v lastne kompetence, zmanjšana učinkovitost in občutek preobremenjenosti kažejo na povezavo med organizacijskimi dejavniki in profesionalno samopodobo. Podobno Foster et al. (2021) ugotavljajo, da so pomanjkanje kadra, organizacijska podpora in delovna klima ključni napovedniki duševnega zdravja zaposlenih. Posebna dodana vrednost te raziskave je, da jasno pokaže preplet kliničnih in organizacijskih dejavnikov izgorelosti v slovenskem prostoru. Medtem ko mednarodne raziskave (Pekurinen et al., 2017; Stevenson et al., 2015) pogosto poudarjajo agresijo pacientov kot enega ključnih stresorjev pri delu psihiatričnih medicinskih sester, naši rezultati kažejo, da imajo organizacijski dejavniki (urniki, administracija, kadrovska podhranjenost) enako ali celo večjo vlogo pri dolgoročni izgorelosti.

V okviru drugega raziskovalnega področja smo raziskovali strategije in načine spoprijemanja, ki jih psihiatrične medicinske sestre uporabljajo za obvladovanje stresa ter ohranjanje duševnega zdravja. Rezultati kažejo, da psihiatrične medicinske sestre razvijajo predvsem individualne strategije spoprijemanja, kot so telesna aktivnost, stik z naravo, socialna podpora in zavestno ločevanje poklicnega in zasebnega življenja. Ti rezultati sovpadajo z ugotovitvami Chen et al. (2020), ki poudarjajo pomen aktivnih strategij spoprijemanja pri zmanjševanju psiholoških posledic kroničnega stresa. Naši rezultati dodatno kažejo, da zaposleni uporabljajo predvsem strategije, usmerjene v regulacijo čustev, in zmanjševanje psihične obremenitve, kar lahko razumemo kot prilagoditveni odziv na delovno okolje, ki ga posamezniki težko sistemsko spremenijo. Pomembna interpretativna ugotovitev je, da večina strategij temelji na individualni odgovornosti zaposlenih, medtem ko je organizacijska podpora manj izrazita. Podobno Tsaras et al. (2018) ugotavljajo, da se v okoljih z visokim stresom pogosto razvijejo strategije izogibanja in distanciranja, kar se kaže tudi v tej raziskavi skozi potrebo po »odklopu« in ločevanju dela od zasebnega življenja. Kot pomemben zaščitni dejavnik se je pokazala socialna podpora sodelavcev. To potrjuje ugotovitve Marshman et al.

(2022), ki poudarjajo, da neformalna podpora v timu pomembno zmanjšuje tveganje za izgorelost.

Rezultati naše raziskave kažejo, da udeleženci psihiatrično prvo pomoč razumejo kot kompetenco, ki temelji predvsem na izkušnjah, komunikacijskih veščinah in timskem sodelovanju. Ključne metode vsebujejo deeskalacijske tehnike, terapevtski odnos in situacijsko presojo. Ti rezultati so skladni z ugotovitvami Morgan et al. (2018), ki poudarjajo pomen psihiatrične prve pomoči za izboljšanje samozavednosti zdravstvenih delavcev in zmanjšanje stigme. Vendar naši rezultati kažejo pomembno vrzel med teoretičnimi kompetencami in dejanskimi pogoji za izvajanje prve pomoči. Največji izzivi so povezani z organizacijskimi pogoji, predvsem s pomanjkanjem kadra, razlikami med izmenami ter odvisnostjo od izkušenosti zdravnikov. To kaže, da učinkovitost psihiatrične prve pomoči ni odvisna le od individualnega znanja, temveč predvsem od organizacijskih pogojev dela. Pomemben prispevek raziskave je tudi ugotovitev, da udeleženci opažajo pomanjkanje slovenskih smernic in strukturiranih izobraževanj na tem področju. Podobno Jones et al. (2020) opozarjajo, da pomanjkanje kontinuiranega izobraževanja zmanjšuje učinkovitost psihiatrične prve pomoči, kar potrjuje tudi ta raziskava.

Raziskava prinaša več pomembnih prispevkov za razumevanje psihiatrične zdravstvene nege v slovenskem prostoru. Prvič, ponuja poglobljen uvid v subjektivno doživljanje izgorelosti v specifičnem organizacijskem primeru slovenskega zdravstva. Drugič, poudarja pomembno vlogo organizacijskih dejavnikov, ki so v slovenskem prostoru pogosto podcenjeni v primerjavi s kliničnimi stresorji. Tretjič, opozarja na pomanjkanje sistematičnih oblik podpore (supervizija, strukturirana izobraževanja), kar predstavlja pomembno priložnost za razvoj kadrovskih politik. Četrto, raziskava poudarja potrebo po razvoju nacionalnih smernic za psihiatrično prvo pomoč, kar predstavlja dejansko razvojno priložnost za področje duševnega zdravja.

Na podlagi rezultatov raziskave je mogoče oblikovati več praktičnih priporočil za izboljšanje delovnih pogojev psihiatričnih medicinskih sester ter zmanjševanje tveganja za izgorelost. Na organizacijski ravni bi bilo smiselno sistematično uvesti klinično supervizijo kot redno obliko strokovne in psihološke podpore zaposlenim, izboljšati kadrovske normative ter zagotoviti bolj predvidljivo in enakomerno razporejanje delovnega časa. Prav tako bi bilo pomembno zmanjšati administrativne obremenitve, da bi zaposleni lahko več časa namenili neposrednemu delu s pacienti. Na področju izobraževanja se kaže potreba po razvoju nacionalnih programov psihiatrične prve pomoči, rednih usposabljanjih iz deeskalacijskih tehnik ter dodatnih izobraževanjih o obvladovanju stresa in skrbi za lastno duševno zdravje. Na ravni timskega dela bi bilo smiselno krepiti odprto

komunikacijo v timu, uvajati strukturirane timske sestanke za razbremenitev in refleksijo ter razvijati programe podpore zaposlenim. Na sistemski ravni pa rezultati kažejo na potrebo po razvoju nacionalnih smernic za izvajanje psihiatrične prve pomoči, večjem vlaganju v duševno zdravje zdravstvenih delavcev ter aktivni promociji duševnega zdravja med zdravstvenimi delavci, kar bi lahko dolgoročno vplivalo na večjo stabilnost kadra in kakovost zdravstvene obravnave.

Rezultate raziskave je treba interpretirati z upoštevanjem več omejitev. Prva omejitev se nanaša na majhnost vzorca ($n = 7$) in vključitev udeležencev iz ene zdravstvene ustanove, kar omejuje možnost posploševanja ugotovitev na širši del prebivalstva psihiatričnih medicinskih sester. Druga omejitev izhaja iz narave kvalitativnega raziskovanja, saj rezultati temeljijo na samooceni udeležencev in njihovem subjektivnem doživljanju, kar lahko vključuje osebne interpretacije in mogoče pristranskosti. Tretja omejitev je povezana s časom izvajanja raziskave, ki je potekala v obdobju poletnih dopustov, ko so zaradi odsotnosti kadra in pogostejših nadomeščanj delovne obremenitve lahko izrazitejše, kar bi lahko vplivalo na opaženo intenzivnost stresa. Četrto, kot pri vseh kvalitativnih raziskavah je tudi tukaj interpretacija podatkov deloma odvisna od analize in razumevanja, zato kljub sistematični obdelavi podatkov ni mogoče popolnoma izključiti interpretativne subjektivnosti. Kljub navedenim omejitvam raziskava ponuja pomemben uvid v izkušnje psihiatričnih medicinskih sester ter predstavlja ustrezno izhodišče za nadaljnje, obsežnejše raziskave, zlasti kvantitativne in longitudinalne študije, ki bi omogočile večjo in s tem boljšo preverljivost ugotovitev.

Zaključek

Raziskava je pokazala, da so psihiatrične medicinske sestre pri svojem delu izpostavljene kompleksnemu prepletu kliničnih, organizacijskih in psihosocialnih obremenitev, ki pomembno prispevajo k razvoju simptomov izgorelosti. Med ključnimi dejavniki izstopajo nepredvidljivost dela, izpostavljenost agresiji, kadrovska podhranjenost, zahtevna organizacija dela ter dolgotrajno neravnovesje med poklicnim in zasebnim življenjem. Izgorelost se kaže tako na profesionalni ravni (zmanjšana empatija, utrujenost, dvomi v lastno učinkovitost) kot tudi v zasebnem življenju (socialni umik, motnje spanja in zmanjšana kakovost življenja). Rezultati kažejo, da zaposleni razvijajo predvsem individualne strategije spoprijemanja s stresom, pri čemer imajo pomembno vlogo telesna aktivnost, socialna podpora in zavestno ločevanje poklicnega in zasebnega življenja. Pomembno vlogo varovalnega dejavnika ima podpora sodelavcev, medtem ko udeleženci formalne oblike podpore pogosto ocenjujejo kot

omejene. Raziskava prinaša poglobljen uvid v izgorelost in izzive psihiatričnih medicinskih sester v Sloveniji, kjer so kvalitativne raziskave s tega področja redke. Poudarja pomen organizacijske podpore za duševno zdravje psihiatričnih medicinskih sester in kakovosti zdravstvene oskrbe. Ugotovitve koristijo kot izhodišče za nadaljnje raziskave in razvoj ukrepov za preprečevanje izgorelosti ter izboljšanje duševnega zdravja psihiatričnih medicinskih sester.

Zahvala

Avtorji se želijo zahvaliti vsem udeležencem, ki so v raziskavi sodelovali in delili svoje izkušnje.

Nasprotje interesov

Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov.

Financiranje

Raziskava ni bila finančno podprta.

Etika raziskovanja

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). Služba zdravstvene nege Univerzitetnega kliničnega centra Maribor je podala strinjanje za izvedbo raziskave. Udeleženci so pred sodelovanjem prejeli informirano soglasje, kjer so bili seznanjeni s ciljem raziskave, prostovoljnostjo sodelovanja in možnostjo zasebnosti.

Prispevek avtorjev

EU je sodeloval pri pisanju uvoda, metodološki zasnovi raziskave, zbiranju podatkov, analizi podatkov in pripravi osnutka članka. LCB je sodelovala pri metodološki zasnovi raziskave, analizi podatkov, superviziji in reviziji članka.

Literatura

Ali, A., & Duru H. A. (2025). Psychiatric wards nurses' experiences on self-compassion, compassionate care and compassion fatigue: A qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 31(1), Article e70032. <https://doi.org/10.1111/jep.70032> PMID:39987568; PMCID:PMC11847571

Balls, P. (2009). Phenomenology in nursing research: Methodology, interviewing and transcribing. *Practice Research Methods*, 105(32), 30–33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19736746/>

Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. <https://psycnet.apa.org/record/2021-45248-001>

Cleary, M. (2026). Psychiatric mental health nursing: Using our experience to shape our future focus. *Journal of Advanced Nursing* 8(S2), S55–S59. <https://doi.org/10.1111/jan.16980> PMID:40405375

Cranage, K., & Foster, K. (2022). Mental health nurses' experience of challenging workplace situations: A qualitative descriptive study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 665–676. <https://doi.org/10.1111/inm.12986> PMID:35347822; PMCID:PMC9314796

Chen, J. H., Li, Y., Wu, A. M. S., & Tong, K. K. (2020). The overlooked minority: Mental health of International students worldwide under the COVID-19 pandemic and beyond. *Asian Journal of Psychiatry*, 54(54), Article 102333. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102333>

DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: A balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, 7(2), 1–8. <https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057>

Dickens, G. L., & Hosie, L. (2022). Coercive containment measures for the management of self-cutting versus general disturbed behaviour: Differences in use and attitudes among mental health nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31, 962–973. <https://doi.org/10.1111/inm.13006>

Foster, K., Roche, M., Giandinoto, J. A., Platania-Phung, C., & Furness, T. (2021). Mental health matters: A cross-sectional study of mental health nurses' health-related quality of life and work-related stressors. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 624–634. <https://doi.org/10.1111/inm.12823> PMID:33280229

Itzhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostitsky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V., & Bluvstein, I. (2015). Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 403–412. <https://doi.org/10.1111/inm.12151> PMID:26257307

Jones, S., Agud, K., & McSweeney, J. (2020). Barriers and facilitators to seeking mental health care among first responders: "Removing the darkness". *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(1), 43–54. <https://doi.org/10.1177/1078390319871997> PMID:31509058

- Jun, J., Ojemeni, M. M., Kalamani, R., Tong, J., & Crecelius, M. L. (2021). Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 119, Article 103933. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933> PMID:33901940
- Kavšak, A., & Prosen, M. (2021). Vpliv zadovoljstva z delom na pojav izgoreslosti med medicinskimi sestrami. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 7–15. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3018>
- Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kordeš, U., & Smrdu, M. (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Založba Univerze na Primorskem. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-TFMXKCNO>
- Kim, J., Kim, S., & Byun, M. (2020). Emotional distancing in nursing: A concept analysis. *Nursing Forum*, 55(4), 595–602. <https://doi.org/10.1111/nuf.12475>
- Krmac, N., & Cencič, M. (2023). *Kvalitativno pedagoško raziskovanje: Od obdelave podatkov do predstavitve ugotovitev*. Založba Univerze na Primorskem. <https://doi.org/10.26493/978-961-293-312-8>
- Marshman, C., Hansen, A., & Munro, I. (2022). Compassion fatigue in mental health nurses: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(4), 529–543. <https://doi.org/10.1111/jpm.12812> PMID:34874593
- Melnyk, B. M., Orsolini, L., Tan, A., Arslanian-Engoren, C., Melkus, G. D., Dunbar-Jacob, J., Rice, V. H., Millan, A., Dunbar, S. B., Braun, L. T., Wilbur, J., Chyun, D. A., Gawlik, K., & Lewis, L. M. (2018). A national study links nurses' physical and mental health to medical errors and perceived worksite wellness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(2), 126–131. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001198> PMID:29065061
- Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PloS One*, 13(5), Article e0197102. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197102> PMID:29851974; PMCID:PMC5979014
- O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53(53), 74–99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003> PMID:29957371; PMCID:PMC7233554
- Pekurinen, V., Willman, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., Vahtera, J., & Välimäki, M. (2017). Patient aggression and the wellbeing of nurses: A cross-sectional survey study in psychiatric and non-psychiatric settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), Article 1245. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101245>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th Ed.). Lippincott, Williams & Wilkins.
- Román-Sánchez, D., Paramio-Cuevas, J. C., Paloma-Castro, O., Palazón-Fernández, J. L., Lepiani-Díaz, I., de la Fuente Rodríguez, J. M., & López-Millán, M. R. (2022). Empathy, burnout, and attitudes towards mental illness among Spanish mental health nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), Article 692. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020692> PMID:35055513; PMCID:PMC8776222
- Rožman M., Škrget, R., & Grah, M. (2016). Izgorelost patronažnih medicinskih sester v delovnem okolju. *Revija za zdravstvene vede*, 3(1), 132–147. <https://www.jhs.si/index.php/JHS/sl/article/view/43>
- Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021). Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the US. *JAMA Network Open*, 4(2), 1–11. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469> PMID:33538823; PMCID:PMC7862989
- Stevenson, K. N., Jack, S. M., O'Mara, L., & LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: An interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 14, Article 35. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0079-5>
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative* (5th Ed.) Wolters Kluwer.
- Šajn Lekše, S., Drnovšek, R., Žibert, A., & Milavec Kapun, M. (2021). Slaba vest in izgorelost medicinskih sester v enotah intenzivne nege in terapije. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(3), 169–179. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.3.3007>
- Tsaras, K., Daglas, A., Mitsi, D., Papathanasiou, I. V., Tzavella, F., Zyga, S., & Fradelos, E. C. (2018). A cross-sectional study for the impact of coping strategies on mental health disorders among psychiatric nurses. *Health Psychology Research*, 6(1), Article 7466. <https://doi.org/10.4081/hpr.2018.7466> PMID:30596156; PMCID:PMC6247012
- Thompson Burdine, J., Thorne, S., & Sandhu, G. (2020). Interpretive description: A flexible qualitative methodology for medical education research. *Medical Education*, 55(3), 336–343. <https://doi.org/10.1111/medu.14380>

- World Health Organization (WHO). (2021). *Long working hours increasing deaths from heart disease and stroke*. <https://www.who.int/news/item/17-05-2021-long-working-hours-increasing-deaths-from-heart-disease-and-stroke-who-ilo>
- World Health Organization (WHO). (2022, June 17). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI Journal*, 16(1), 1057–1072. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>
- Yang, J., Tang, S., & Zhou, W. (2018). Effect of mindfulness-based stress reduction therapy on work stress and mental health of psychiatric nurses. *Psychiatria Danubina*, 30(2), 189–196. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.189>
PMid:29930229
- Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1). (2016). Uradni list RS, št. 21/13 – ZDR-1, 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ – F, 52/16 – ZDR – 1A. <https://pisrs.si/pregledNpb?idPredpisa=ZAKO5944&idPredpisaChng=ZAKO7498>
- Widayana I. G. G. A., Agustina, H., & Ati Mediawati. (2025). Factors associated with work life balance among nurses in hospitals: A socio-ecological scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 18, 4511–4521. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s534729>
PMid:40765732; PMCID:PMC12323871
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research*, 6(1), 18–29. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>

Citirajte kot/Cite as:

Uzeinović, E., & Cilar Budler, L. (2026). Med stresom in sočutjem: izkušnje in izzivi psihiatričnih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 60(3), 275–286. <https://doi.org/10.14528/snr.2026.60.3.3361>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Duševne stiske med študenti zdravstvene nege ene izmed slovenskih fakultet: pilotna kvantitativna raziskava**Psychological distress among nursing students of a single Slovenian faculty: A quantitative pilot study**Lara Gorše*, Branko Bregar^{1, 2}

Ključne besede: duševne stiske; študenti zdravstvene nege; tesnoba; depresivnost; iskanje pomoči

Key words: psychological distress; nursing students; anxiety; depression; help-seeking behaviour

¹ Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

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

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
lara.gorse8@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Študenti zdravstvene nege se srečujejo s številnimi stresorji, ki lahko prispevajo k pojavu duševnih stisk. Namen raziskave je bil ugotoviti razlike v samooceni izraženosti simptomov duševnih stisk glede na letnik študija, spol, starost in prisotnost kronične bolezni, definirati najpogostejše izbrane vzroke duševnih stisk ter preučiti značilnosti iskanja pomoči.

Metode: Za pilotno kvantitativno raziskavo je bil uporabljen strukturiran vprašalnik. Priročni vzorec je vključeval 243 študentov dodiplomskega študija zdravstvene nege na eni izmed slovenskih zdravstvenih fakultet, realizacija je znašala 29,2 % ($n = 71$). Pri analizi so bile uporabljene metode opisne in inferenčne statistike.

Rezultati: Duševne stiske so najbolj izražene med študenti, starimi ≤ 25 let ($U = 372,00$, $p = 0,019$), in se statistično značilno razlikujejo glede na letnik študija ($\chi^2 = 8,43$, $p = 0,038$). Post hoc analize so pokazale, da študenti prvega letnika poročajo o višji stopnji stiske v primerjavi z drugim letnikom ($p = 0,042$). Študenti prvega letnika doživljajo stiske predvsem zaradi izpitnega obdobja ($\bar{x} = 4,29$, $s = 0,849$). Pomoči ne poišče polovica študentov (50,70 %). Najpogostejše se obrnejo na bližnje osebe (87,3 %).

Diskusija in zaključek: Študenti se zelo pogosto srečujejo z duševnimi stiskami, posebej med izpitnim obdobjem. Čeprav manjša realizacija vzorca omejuje posplošitev rezultata na večji del prebivalstva, raziskava ponuja pomemben uvid v razširjenost problematike duševnih stisk kot osnovo za nadaljnje raziskovanje ter razvoj sistemske psihološke podpore na ravni visokošolskih ustanov.

ABSTRACT

Introduction: Nursing students are exposed to many stressors that may contribute to psychological distress. The study aimed to determine differences in the self-assessed severity of psychological distress symptoms by year of study, gender, age, and presence of chronic illness; identify the most commonly selected causes of mental distress; and examine help-seeking behaviours.

Methods: This pilot quantitative study employed a structured questionnaire. A convenience sample of 243 undergraduate nursing students was drawn from a single Slovenian faculty; the response rate was 29.2% ($n = 71$). Descriptive and inferential statistical methods were used for the analysis (Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test).

Results: Psychological distress was most pronounced among students aged ≤ 25 years ($U = 372.00$, $p = 0.019$) and differed significantly according to year of study ($\chi^2 = 8.43$, $p = 0.038$). Post hoc analyses showed that first-year students reported higher levels of psychological distress compared with second-year students ($p = 0.042$). First-year students experienced psychological distress mainly due to exam periods ($M = 4.29$, $SD = 0.849$). Half of the students (50.70%) did not seek help. Those who did seek help most frequently turned to close friends and family (87.3%).

Discussion and conclusion: Students commonly experience psychological distress, especially during exam periods. Despite the limited generalisability associated with the small sample size, this study offers important insights into the prevalence of psychological distress and provides a basis for further research and the development of systemic psychological support at universities.



Prejeto/Received: 4. 8. 2025
Sprejeto/Accepted: 21. 7. 2026

© 2026 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

Skupaj z naraščajočo pojavnostjo duševnih motenj se povečuje tudi njihovo breme po svetu, kar predstavlja pomemben izziv za zdravstvene sisteme in celotno družbo (Wu et al., 2023). Da lahko študenti zdravstvene nege pridobijo znanja za kvalitetno opravljanje poklica zdravstvene nege, je treba nujno nameniti pozornost njihovem duševnemu zdravju (Hirani et al., 2022). Wang et al. (2025) ugotavljajo, da se študenti zdravstvene nege zelo pogosto soočajo z duševnimi stiskami, ki lahko prizadenejo njihovo blagostanje, študijski uspeh in sposobnost za usposabljanje v kliničnem okolju (Şık et al., 2025). Duševne stiske so posebej razširjene med študenti prvega letnika ter študentkami, kronično bolnimi in mlajšimi odraslimi (Devakani et al., 2019; González-Calderón & Baile, 2025; Jackson et al., 2024).

American Psychological Association (2018) definira duševno stisko kot »niz bolečih duševnih in fizičnih simptomov, ki so povezani z normalnimi nihanji razpoloženja pri večini ljudi«. Pri posamezniku se kaže s simptomi, podobnimi anksioznosti in depresiji, ki lahko sčasoma privedejo do znižanja samopodobe ter povečajo občutek nezadovoljstva, osamljenosti in socialne izključenosti, trpljenja ter izgube nadzora nad lastnim življenjem (Arvidsdotter et al., 2016). March-Amengual et al. (2022) ugotavljajo, da imajo študenti zdravstvenih smeri bolj izraženo duševno stisko, kot jo imajo študenti drugih študijskih programov. K njeni izraženosti prispevajo izpostavljenost visokemu akademskemu pritisku in čustvenim situacijam, ki so jim priča v kliničnem okolju, pomanjkanje podpore in finančne težave (Amamba et al., 2025; Kristensen et al., 2023). Zaskrbljujoči so podatki raziskave, ki med 1.163 dodiplomskih študentov zdravstvene nege kažejo, da jih skoraj 54 % doživlja od hude do izjemno hude ravni stresa, anksioznosti ali depresije, kar močno presega stopnje, ugotovljene med splošno študentsko populacijo (16–19 %) (Stubin & Dahan, 2024). Gabrovec et al. (2021) navajajo, da je pomoč zaradi duševnih stisk v primerjavi s časom pred pandemijo (31,6 %) v času epidemije covida-19 poiskalo 56 % anketiranih študentov, najpogosteje v obliki pogovora z bližnjimi osebami in iskanju pomoči po spletu. Strokovno pomoč so študenti poiskali le redko (Gabrovec et al., 2021).

Tudi v Sloveniji kažejo podatki na stalen porast težav v duševnem zdravju med mladimi tako po epidemiji covida-19 kot že predtem (Mali et al., 2024). Največ težav v duševnem zdravju navajajo mladi, stari med 18 let in 29 let, ki poročajo o povečani pojavnosti tesnobe in depresije (Rupel & Ogorevc, 2020). Posebej se je duševno stanje študentov poslabšalo med drugim valom epidemije covida-19, ko je kar polovica poročala o slabem duševnem zdravju, kar kaže na potrebo po nadaljnjem spremljanju depresije med njimi (Ropret et al., 2023).

Kljub porastu duševnih stisk med mladimi in študenti v Sloveniji nimamo podatkov, ki bi obravnavali študente zdravstvene nege, ki pa imajo zaradi specifičnih akademskih in kliničnih zahtev študija posebno veliko tveganje za porast težav v duševnem zdravju. Zato je bila izvedba pilotne raziskave med študenti zdravstvene nege utemeljena kot prvo dejanje k spremljanju duševnih stisk in potreb po podpori.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil raziskati razlike v samooceni izraženosti simptomov duševnih stisk, njihove vzroke ter značilnosti iskanja pomoči. Raziskovalna vprašanja, ki smo si jih zastavili, so torej: (1) Kolikšne so razlike v samooceni izraženosti simptomov duševnih stisk med študenti zdravstvene nege ene slovenske fakultete glede na spol, starost, letnik študija in prisotnost kronične bolezni? (2) Katere vzroke duševnih stisk, vezane na študijski proces, študenti zdravstvene nege ene slovenske fakultete najpogosteje navajajo glede na letnik študija? (3) Kolikšna je pogostost iskanja pomoči zaradi duševnih stisk med študenti zdravstvene nege ene slovenske fakultete? (4) Katere vire pomoči študenti zdravstvene nege ene slovenske fakultete najpogosteje uporabljajo za spoprijemanje z duševnimi stiskami?

Metode

Za pilotno raziskavo smo uporabili kvantitativno neeksperimentalno metodo z uporabo kombinacije standardiziranega in namenskega razvitega vprašalnika.

Opis instrumenta

Strukturiran vprašalnik je razdeljen na štiri sestavne dele. Prvi sestavni del zajema demografske podatke anketirancev v raziskavi, in sicer spol, starost, letnik in vrsto študija ter prisotnost kronične bolezni. Vsebino drugega sestavnega dela predstavlja v slovenščino prevedena Kesslerjeva lestvica duševne stiske (K10), ki koristi samooceni izraženosti simptomov duševne stiske pri posamezniku. Prevod in povratni prevod v slovenščino sta bila izvedena po standardnem postopku, razumevanje vsebine prevoda vprašalnika pa smo predhodno testirali na manjši skupini študentov. Anketni vprašalnik je sestavljen iz desetih vprašanj, ki se nanašajo na pogostost doživljanja čustvenih, kognitivnih, vedenjskih in psihofizioloških simptomov duševne stiske. Odgovori na vprašanja so podani v obliki 5-stopenjske Likertove lestvice in se nanašajo na pogostost doživljanja simptoma v obdobju zadnjih štirih tednov (1 – nikoli, 2 – malo časa, 3 – del časa, 4 – večino časa, 5 – ves čas). Anketni vprašalnik je prostodostopen za uporabo (Kessler et al., 2003) in doslej še ni bil preveden v slovenščino.

Po raziskavi Rafique et al. (2019) smo pri interpretaciji rezultatov upoštevali, da predstavlja seštevek točk

v vrednosti 10–19 verjetnost dobrega psihološkega počutja, 20–24 točk blago, 25–29 točk zmerno in 30–50 točk hudo duševno stisko. Zanesljivost vprašalnika je bila v predhodni psihometrični oceni lestvice izmerjena s koeficientom Cronbachov alfa, ki je znašal 0,88, kar nakazuje na visoko stopnjo zanesljivosti lestvice (Sampasa-Kanyinga et al., 2018). V našem primeru smo dosegli vrednost koeficienta Cronbachov alfa 0,938. Tretji sestavni del anketnega vprašalnika vsebuje šestnajst vprašanj o vzrokih duševne stiske. Odgovori so bili mogoči na 5-stopenjski Likertovi lestvici glede na veljavnost posamezne trditve za posameznika (1 – sploh ne velja, 2 – nekoliko velja, 3 – niti ne velja niti velja, 4 – velja, 5 – povsem velja). Vsebino četrtega sestavnega dela sestavljata vprašanja o pogostosti iskanja pomoči in vrstah virov pomoči. Vprašanja za tretji in četrti sestavni del smo oblikovali sami glede na pregled znanstvene literature tega področja (Gabrovec et al., 2021; Sonmez et al., 2023). Vrednost koeficienta Cronbachov alfa za tretji sestavni del anketnega vprašalnika je znašal 0,919. Ker četrti sestavni del ne predstavlja enotne lestvice, temveč vključuje vsebinsko različni vprašanja, kazalniki notranje konsistentnosti niso bili izračunani. Visoka vrednost sestavnih delov našega anketnega vprašalnika kaže na odlično zanesljivost (Taber, 2018).

Opis vzorca

Uporabili smo priročen vzorec, ki je vključeval študente prvega, drugega in tretjega letnika ter absolventskega staža rednega in izrednega dodiplomskega študijskega programa zdravstvene nege ene od zdravstvenih fakultet, ki so študij obiskovali v letu 2024/2025 ($n = 243$). Vrnjenih smo prejeli 71 (29,20 %) vprašalnikov. V raziskavi je sodelovalo sedem študentov moškega spola (10 %) in 64 študentov ženskega spola (90 %). Skupaj je spletni anketni vprašalnik izpolnilo sedemnajst študentov (24 %) prvega, dvaindvajset študentov (31 %) drugega in triindvajset študentov (32 %) tretjega letnika ter devet študentov (13 %) absolventskega staža. Med temi je sodelovalo 45 študentov (63 %) rednega in 26 študentov (37 %) izrednega študijskega programa. Prisotnost kronične bolezni je označilo trinajst študentov (18 %), njeno odsotnost pa 58 študentov (82 %). Največji del anketirancev je pripadal starostni skupini ≤ 25 let ($n = 47$, 66 %), manjši pa starostni skupini ≥ 26 let ($n = 24$, 34 %). Najnižja starost anketirancev je znašala devetnajst let, najvišja pa 49 let. Povprečna starost je torej znašala 26,2 ($s = 7,89$).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za namen izvedbe raziskave in pridobivanja podatkov smo predhodno pridobili soglasje Komisije za znanstvenoraziskovalno in razvojno dejavnost fakultete, na kateri je raziskava potekala, izdano 18. aprila 2025 (št. 10/3-14/2025-ATE). Študentom rednega in izrednega študija zdravstvene nege prvega, drugega in tretjega letnika ter absolventskega staža dodiplomskega študija smo nato pisno pojasnili namen raziskave in posredovali strukturiran vprašalnik, ki je bil dostopen od 22. do 29. aprila 2025 po spletni povezavi na platformi 1KA (EnKlikAnketa). Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno.

Pri analizi podatkov smo upoštevali le popolno izpolnjene anketne vprašalnike, katerih rezultate smo nato vključili v statistično obdelavo podatkov s programom SPSS 29.0. Razen metod opisne statistike smo zaradi nenormalne porazdelitve podatkov uporabili še neparametrični test Kruskal-Wallisov test (χ^2) za ugotovitev statistično značilne razlike samoocene izraženosti simptomov duševnih stisk glede na letnik. Prav tako smo zaradi nenormalne porazdelitve podatkov uporabili Mann-Whitneyjev U-test (U) za ugotovitev statističnih razlik glede na spol, starost in prisotnost kronične bolezni. Pri interpretaciji rezultatov je bila upoštevana statistična značilnost s p -vrednostjo $\leq 0,05$.

Rezultati

Zanimale so nas razlike v samooceni izraženosti simptomov duševnih stisk glede na letnik študija, spol, starost in prisotnost kronične bolezni, ki ju predstavljata Tabeli 1 in 2. Tabela 1 predstavlja razlike v izraženosti duševnih stisk glede na letnik študija. Med posameznimi letniki obstajajo statistične razlike v doživljanju duševne stiske ($\chi^2 = 8,34$, $p = 0,038$), pri čemer je bil učinek majhen do srednji ($\eta^2 = 0,05$). Da bi ugotovili, med katerimi letniki prihaja do statistično značilnih razlik, smo po Kruskal-Wallisovem testu izvedli post hoc analizo z Dunnovim testom, pri čemer smo uporabili Bonferronijevo korekcijo za večkratne primerjave. Post hoc analiza je pokazala, da se študenti 1. letnika statistično značilno razlikujejo od študentov 2. letnika v doživljanju duševnih stisk ($p = 0,042$), medtem ko med ostalimi letniki statistično značilnih razlik ni bilo najti (Tabela 1).

Tabela 1: Razlike v izraženosti duševnih stisk med študenti različnih letnikov

Letnik študija	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	χ^2	<i>p</i>
1. letnik	17	30,24	9,33	8,43	0,038
2. letnik	22	23,05	9,08		
3. letnik	23	23,87	7,68		
absolvent	9	22,00	5,77		

Legenda: *n* – število anketirancev; $\bar{x}$ – povprečje; *s* – standardni odklon; χ^2 – Kruskal-Wallisov; *p* – statistična značilnost

Tabela 2: Razlike v duševnih stiskah glede na spol, starost in prisotnost kronične bolezni

Spremenljivka		<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>S</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
spol	moški	7	20,29	7,25	129,50	0,070
	ženski	64	25,41	8,79		
starost	≤ 25 let	47	26,51	8,65	372,00	0,019
	≥ 26 let	24	21,75	8,19		
kronična bolezen	da	13	28,00	9,81	287,000	0,180
	ne	58	24,21	8,42		

Legenda: *n* – število anketirancev; $\bar{x}$ – povprečje; *s* – standardni odklon; *U* – Mann-Whitney *U*; *p* – statistična značilnost ($p \leq 0,05$)

Tabela 3: Vzroki duševnih stisk med študenti

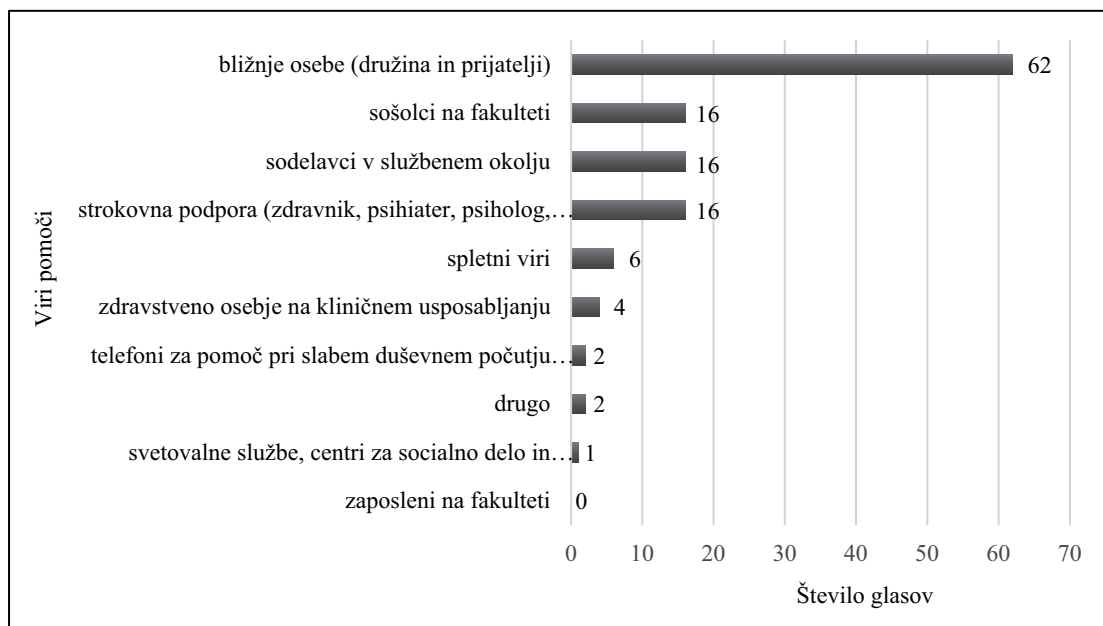
Simptomi duševne stiske	Letnik študija							
	1. letnik		2. letnik		3. letnik		absolvent	
	$\bar{x}$	<i>s</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>
financiranje študija	3,71	1,160	3,32	1,460	3,43	1,409	2,11	1,269
odnosi s profesorji	2,65	1,272	2,55	1,101	2,09	1,041	2,33	1,118
izpitno obdobje	4,29	0,849	3,77	1,307	4,22	0,951	3,67	1,323
odnos z osebjem na kliničnem usposabljanju	3,06	1,088	3,41	1,436	3,78	1,242	3,89	1,453
prejemanje kritike	2,94	1,298	2,55	1,057	2,96	1,147	3,22	1,481

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

Tabela 2 prikazuje izraženost duševnih stisk glede na spol, starost in prisotnost kronične bolezni. Razvidno je, da nismo ugotovili statističnih razlik med spoloma ($U = 129,50$, $p = 0,070$), rezultati pa kažejo, da so študentke ($\bar{x} = 25,41$, $s = 8,97$) v povprečju poročale o višji izraženosti simptomov duševnih stisk. Z analizo smo ugotovili statistično pomembne razlike glede na starostno skupino ($U = 372,00$, $p = 0,019$, $\eta^2 = 0,28$), n^2 kaže na srednje velik učinek. Rezultati

analize so pokazali, da študenti starostne skupine ≤ 25 let ($p = 0,019$) doživljajo statistično značilno višjo raven duševnih stisk, kot jo študenti starostne skupine ≥ 26 let. Statistično pomembnih razlik v izraženosti simptomov duševne stiske glede na prisotnost kronične bolezni nismo ugotovili ($U = 287,00$, $p = 0,180$) (Tabela 2).

Iz Tabele 3 je razvidno, da študentom 1. letnika pomeni izpitno obdobje najpomembnejši vzrok za

**Slika 1:** Viri pomoči za spoprijemanje z duševno stisko

njihove duševne stiske ($\bar{x} = 4,29$, $s = 0,849$), najmanjšo pomembnost pa pripisujejo odnosom s profesorji ($\bar{x} = 2,65$, $s = 1,272$). Podobno smo glede izpitnega obdobja ugotovili tudi med študenti 2. letnika ($\bar{x} = 3,77$, $s = 1,307$) in 3. letnika ($\bar{x} = 4,22$, $s = 0,951$). Najmanj duševnih stisk študentom 2. letnika ob tem povzročajo prejetje kritike ($\bar{x} = 2,55$, $s = 1,057$) in odnosi s profesorji ($\bar{x} = 2,55$, $s = 1,101$), zadnji veljajo tudi za 3. letnike ($\bar{x} = 2,09$, $s = 1,041$). Študentom absolventskega staža medtem predstavlja odnos z osebjem na kliničnem usposabljanju najpomembnejši vzrok duševnih stisk ($\bar{x} = 3,89$, $s = 1,453$), najmanjši pa financiranje študija ($\bar{x} = 2,11$, $s = 1,269$). Statističnih razlik med letniki nismo testirali (Tabela 3).

Na vprašanje o pogostosti iskanja pomoči je več kot polovica anketirancev, natančneje 36 študentov (50,70 %), odgovorila, da pomoči ne poišče nikoli. Osemnajst študentov (25,40 %) pomoč medtem poišče redko, dvanajst študentov (16,90 %) jo poišče občasno, pet študentov (7,00 %) pa pomoč išče pogosto. Slika 1 prikazuje odgovore na zadnje raziskovalno vprašanje o pogostosti posameznih virov pomoči, ki so jih študenti izbrali za soočanje z duševno stisko. Največ študentov, torej 62 (87,31 %), se v primeru duševne stiske obrne na bližnje osebe (družino in prijatelje) (Slika 1).

Diskusija

Raziskava je pokazala visoko razširjenost duševnih stisk med študenti zdravstvene nege, kar se sklada z ugotovitvami raziskave Serçe et al. (2021). Ugotovili smo, da študenti prvega letnika doživljajo duševno stisko pogostejše kot študenti višjih letnikov in absolventskega staža. Gause et al. (2024) razlaga, da se študenti zdravstvene nege v prvem letniku soočajo s številnimi izzivi, kot so privajanje na novo študijsko okolje, drugačen način izobraževanja, pomanjkanje časa ter povečana zahteva tako akademskih kot istočasnih obveznosti kliničnega usposabljanja. Zaradi zahtevnosti študijskega programa so študenti zdravstvene nege izpostavljeni večjemu tveganju pojava težav v duševnem zdravju, ki vodijo do višjega števila opustitve študija (Naser, 2025).

Skladno z ugotovitvami drugih avtorjev (Al-Garni et al., 2025) smo ugotovili statistično pomembno razliko glede na starost, pri čemer so duševne stiske najpogostejše doživljali študenti starostne skupine ≤ 25 let. Matud et al. (2020) so poudarili številne izzive, s katerimi se soočajo mladi odrasli, med drugim zahteve izobrazbe, zaposlitve, ureditve bivališča in vzpostavljane vezi, kar vpliva na razvoj duševnih stisk v tej starostni skupini.

Mayor-Silva et al. (2025) predpostavljajo, da se ženske soočajo z več socialnimi preprekami, spolnimi stereotipi, predsodki in diskriminacijo, ki lahko povečajo ranljivost za težavami v duševnem zdravju. V raziskavi Doris & Morrissey (2024) so študenti s kronično boleznijo poudarili prekinitev in spremembe

visokošolskega izobraževanja zaradi bolezni, pomen pridobivanja ustrezne podpore ter čustveno in fizično breme nadzorovanja kronične bolezni v času visokošolskega izobraževanja. Statističnih razlik v duševnih stiskah med spoloma in glede na prisotnost kronične bolezni v naši raziskavi sicer nismo ugotovili, kljub temu pa so študentke glede na povprečje poročale o višji izraženosti simptomov.

V raziskavi so študenti kot najpomembnejša vzroka svojih duševnih stisk navedli izpitna obdobja ter odnose z osebjem v kliničnem okolju. Raziskave (Andargeery et al., 2024; Hwang & Kim, 2022; Villan & Cunanan, 2025) dosledno kažejo, da povečana duševna stiska, ki vključuje stres, anksioznost in depresijo, napoveduje višjo raven akademske izgorelosti pri študentih zdravstvene nege. Nasprotno poročajo Andargeery et al. (2025) v drugi raziskavi, in sicer o negativni povezanosti med duševno stisko in akademsko izgorelostjo, kar se razlikuje od večine predhodnih ugotovitev. Kljub temu opozarjajo, da akademska izgorelost pomembno vpliva na uspešnost študentov na kliničnem usposabljanju, kakovost zdravstvene nege in zadovoljstvo pacientov. Dias et al. (2024) so ugotovili, da so študenti na prvem kliničnem usposabljanju soočeni z visokimi pričakovanji tako kliničnega osebja kot tudi pacientov in njihovih družin. Pomanjkanje časa in znanja med teorijo in prakso, neprijazni odnosi osebja ter zavrnitev možnosti njihovega sodelovanja pri izvajanju posegov predstavljajo pomemben vir stisk in veliko oviro pri njihovem učenju (Aryuwat et al., 2024).

Več kot polovica anketirancev zaradi duševnih stisk v naši raziskavi ni iskala pomoči. Podobno so ugotovili v raziskavi Zhao et al. (2025), v kateri so namen do iskanja pomoči ugotovili pri 41-ih % študentov. Iskanje pomoči so pogosto oteževali preferenca po samostojnem reševanju problemov, omejitve časa, pomanjkanje znanja o možnih sredstvih pomoči in opaženo pomanjkanje potrebe po profesionalni podpori.

Kot Li et al. (2025) tudi sami predvidevajo, da bodo težave v duševnem zdravju med študentsko populacijo še naprej naraščale, zaradi česar postaja vse pomembnejše, da razumemo značilnosti duševnih stisk, s katerimi se soočajo študenti zdravstvene nege. Podporo pri spoprijemanju s stisko so študenti v naši raziskavi iskali predvsem pri bližnjih osebah, torej družini in prijateljih. Tem sledijo sošolci na fakulteti, sodelavci v službenem okolju ter strokovna podpora, kar se sklada z rezultati raziskave Veličkovič (2022). Raziskava med slovenskimi študenti je pokazala, da imajo študenti v glavnem pozitivna stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči, ki pa so negativno povezana s stigmatizacijo duševnih motenj ter pozitivno povezana z boljšo pismenostjo o duševnem zdravju in starostjo (Gašparac et al., 2019). Boljša pismenost o duševnem zdravju je povečala tudi namero do iskanja uradne pomoči, po drugi strani pa ne napoveduje iskanje neuradne pomoči (Awan et al., 2025).

Glede na značilnosti pilotne kvantitativne raziskave je treba rezultate interpretirati z upoštevanjem več pomembnih omejitev. Največjo omejitev raziskave predstavlja manjši vzorec z nizko stopnjo odzivnosti, kar je sicer značilno za pilotno študijo (Hemming et al., 2023), ampak omejuje možnost posploševanja ugotovitev na širše prebivalstvo študentov zdravstvene nege. Kljub visoki zanesljivosti Kesslerjeve lestvice duševne stiske anketni vprašalnik predhodno še ni bil validiran v slovenski jezik, zato bi bila v prihodnje nujna njegova psihometrična validacija. Zaradi samoocene značilnosti duševnih stisk ter njihovih vzrokov in virov pomoči obstaja tudi možnost pristranskosti. Rezultate je treba interpretirati tudi iz okoliščine slovenskega visokošolskega okolja ene obravnavane fakultete, saj lahko na odgovore študentov vplivajo tamkajšnji odnos do težav v duševnem zdravju, stigma in nepripravljenost za razkrivanje osebnih informacij, vezanih na duševno zdravje. Kljub tem omejitvam raziskava predstavlja prvo dejanje pri osvetljevanju problematike duševnih stisk med študenti zdravstvene nege ter ponuja dragocena izhodišča za nadaljnje metodološko robustnejše raziskave z večjim in bolj raznolikim vzorcem, validacijo uporabljenih instrumentov, razvoj ciljnih intervencij in krepitev podpornih ustrojev v visokošolskem okolju. Razen tega bi dlje trajajoča raziskava omogočila tudi uvid v spreminjanje duševnih stisk tekom študijskega leta.

Zaključek

Izsledki pilotne raziskave kažejo, da se študenti zdravstvene nege pogosto soočajo z duševnimi stiskami. Čeprav metodološke omejitve omejujejo posplošitev rezultatov, raziskava ponuja pomemben uvid v razširjenost in značilnosti duševnih stisk med študenti ter opozarja na nujnost razvoja sistemske psihološke podpore in preventivnih programov na ravni visokošolskih ustanov. Tema raziskave je zelo aktualna in ponuja veliko možnosti za nadaljnje raziskovanje, predvsem o tem, kako izobraževanje študentov za zdravstveno nego vpliva na pojavnost in izraženost duševnih stisk med tem delom prebivalstva ter kateri študenti so še posebej izpostavljeni tveganju za njihov razvoj.

Nasprotje interesov

Avtorja izjavljata, da ni nasprotja interesov.

Financiranje

Raziskava ni bila finančno podprta.

Etika raziskovanja

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).

Prispevek avtorjev

Pridobivanje, priprava in analiza podatkov ter interpretacija rezultatov so prispevki prve avtorice. Vodilni avtor je prispeval k zasnovi raziskave in izvedel kritični pregled rokopisa. Preostali deli pilotne raziskave so rezultat medsebojnega sodelovanja navedenih avtorjev.

Literatura

- Al-Garni, A. M., Shati, A. A., Almonawar, N. A., Alamri, G. M., Alasmre, L. A., Saad, T. N., Alshehri, F. M., Hammouda, E. A. & Ghazy, R. M. (2025). Prevalence of depression, anxiety, and stress among students enrolled at King Khalid University: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 25, Article 354. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21277-7> PMid:39875847; PMCID:PMC11773868
- Amamba, K. I., Ohaeri, B., Ojo, I. O., Ojewale, L. Y., & Babarimisa, O. (2025). Factors contributing to mental distress among nursing students. *Euro Afro Studies International Journal*, 7(2), 29–46. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14920198>
- American Psychological Association (2018, April 19). *Psychological distress*. <https://dictionary.apa.org/psychological-distress>
- Andargeery, S., Taani, M., Alhalwani, R., & El-Gazar, H. (2024). Psychological distress, academic stress, and burnout among Saudi undergraduate nursing students. *Journal of Clinical Medicine*, 13(12), Article 3357. <https://doi.org/10.3390/jcm13123357> PMid:38929886; PMCID:PMC11203745
- Andargeery, S. Y., Altaweel, E. A., Alkorbi, F. S., Alyousef, L. A., Alanazi, B. F., Idriss, S. H., Alqahtani, S. S., & Alkhamis, L. M. (2025). Nursing students' academic burnout: Its prevalence and association with self-efficacy, psychological distress, and quality of learning experience. *BMC Nursing*, 24, Article 631. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03242-2> PMid:40462100; PMCID:PMC12131394
- Arvidsdotter, T., Marklund, B., Kylén, S., Taft, C., & Ekman, I. (2016). Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 687–694. <https://doi.org/10.1111/scs.12289> PMid:26463897
- Aryuwat, P., Holmgren, J., Asp, M., Radabutr, M., & Lövenmark, A. (2024). Experiences of nursing students regarding challenges and support for resilience during clinical education: A qualitative study. *Nursing reports*, 14(3), 1604–1620. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030120> PMid:39051356; PMCID:PMC11270303

- Awan, M., Boyce, M. A., & Lindsay, B. L. (2025). Mental health literacy and help-seeking: The mediating role of self-stigma and emotional intelligence. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1589093. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1589093> PMID:40893853; PMCID:PMC12390800
- Devakani, J. S. M., Jayabharathi, B., Manonmani, K., Lavanya, L., & Rajeshwari, M. (2019). Assessment of psychological distress among B. Sc nursing students at SRM College of Nursing. *International Journal of Nursing Education*, 11(3), 45–50. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2019.00062.X>
- Dias, J. M., Subu, M. A., Al-Yateem, N., Ahmed, F. R., Rahman, S. A., Abraham, M. S., Forootan, S. M., Sarkhosh, F. A., & Javanbakh, F. (2024). Nursing students' stressors and coping strategies during their first clinical training: A qualitative study in the United Arab Emirates. *BMC Nursing*, 23, Article 322. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01962-5> PMID:38734635; PMCID:PMC11088033
- Doris, O., & Morrissey, E. C. (2025). Experiences of students with chronic illness in university education in Ireland. *Chronic illness*, 21(2), 277–290. <https://doi.org/10.1177/17423953241282246>
- Gabrovec, B., Crnković, N., Šorgo, A., Cesar, K., Selak, Š., Kršič, I., Tovornik, T., Paveo, V., Ajdič, A., & Vrdelja, M. (2022). Doživljanje epidemije COVID-19 med študenti. In P. Šprajc, D. Maletič, N. Petrovič, I. Podbregar, A. Škraba, D. Tomić, V. Uli, & A. Žnidaršič (Eds.), *41. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti: Izzivi družbe za priložnosti organizacij: konferenčni zbornik* (pp. 229–249). Univerzitetna založba Univerze v Mariboru. <https://doi.org/10.18690/um.fov.3.2022.17>
- Gause, G., Sehularo, L. A., & Matsipane, M. J. (2024). Coping strategies used by undergraduate first-year nursing students during transition from basic to higher education: A qualitative study. *BMC Nursing*, 23(1), Article 276. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01938-5> PMID:38658995; PMCID:PMC11044288
- Gašparac, N., Podlogar, N., & Poštuvan, V. (2019). Stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči v povezavi s pismenostjo o duševnem zdravju in stigmatizacijo duševnih motenj med študenti v Sloveniji. In Povzetki z 8. kongresa psihologov Slovenije (pp. 71–72). Društvo psihologov Slovenije. <https://journals.uni-lj.si/psiholoska-obzorja/article/view/21205/17524>
- González-Calderón, M. J., & Baile, J. I. (2025). Prevalence and determinants of psychological distress in medical students in Spain (2010–2024): A narrative review. *Psychiatry International*, 6(3), Article 90. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6030090>
- Hirani, S., Tharani, A., Jetha, Z., & Khan, S. (2022). Insights from nursing students about factors affecting and strategies supporting their mental health. *Journal of Wellness*, 4(1), Article 10. <https://doi.org/10.55504/2578-9333.1101>
- Hemming, K., Taljaard, M., Gkini, E., & Bishop, J. (2023). Sample size determination for external pilot cluster randomised trials with binary feasibility outcomes: a tutorial. *Pilot Feasibility Studies* 9, Article 163. <https://doi.org/10.1186/s40814-023-01384-1>
- Hwang, E., & Kim, J. (2022). Factors affecting academic burnout of nursing students according to clinical practice experience. *BMC Medical Education*, 22, Article 346. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03422-7> PMID:35524256; PMCID:PMC9077997
- Jackson, S. E., Brown, J., Shahab, L., McNeill, A., Munafò, M. R., & Brose, L. (2023). Trends in psychological distress among adults in England, 2020–2022. *JAMA Network Open*, 6(7), Article e2321959. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.21959> PMID:37410462 PMCID:PMC10326642
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S. T., Manderscheid, R. W., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184–189. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184> PMID:12578436
- Kristensen, S. M., Larsen, T. M. B., Urke, H. B., & Danielsen, A. G. (2023). Academic stress, academic self-efficacy, and Psychological distress: A moderated mediation of within-person effects. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(7), 1512–1529. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01770-1> PMID:36995523; PMCID:PMC10175374
- Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Li, Q., Li, J., & Fan, Y. (2025). Addressing mental health in university students: A call for action. *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1614999. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1614999> PMID:40606073; PMCID:PMC12213389
- March-Amengual, J. M., Cambra Badii, I., Casas-Baroy, J. C., Altarriba, C., Comella Company, A., Pujol-Farriols, R., Baños, J. E., Galbany-Estragués, P., & Comella Cayuela, A. (2022). psychological distress, burnout, and academic performance in first year college students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), Article 3356. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063356> PMID:35329044; PMCID:PMC8953100
- Matud, M. P., Díaz, A., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2020). Stress and psychological distress in emerging adulthood: A gender analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), Article 2859. <https://doi.org/10.3390/jcm9092859> PMID:32899622; PMCID:PMC7564698

- Mayor-Silva, L. I., Moreno, G., Meneses-Monroy, A., Martín-Casas, P., Hernández-Martín, M. M., Moreno-Pimentel, A. G., & Rodríguez-Leal, L. (2025). Influence of gender role on resilience and positive affect in female nursing students: A cross-sectional study. *Healthcare*, 13(3), Article 336. <https://doi.org/10.3390/healthcare13030336> PMID:39942525; PMCID:PMC11816593
- Naser, E. (2025). Addressing mental health challenges to reduce dropout rates in nursing education. *Evidence-based nursing*, 28(4), 180–181. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2025-104310> PMID:40484450; PMCID:PMC12573336
- Rafique, N., Al-Asoom, L. I., Latif, R., Sunni, A. A. & Wasi, S. (2019). Comparing levels of psychological stress and its inducing factors among medical students. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 14(6), 488–494. <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.11.002> PMID:31908635; PMCID:PMC6940666
- Ropret, N., Košir, U., Roškar, S., Klopčič, V., & Vrdelja, M. (2023). Psychological well-being and resilience of Slovenian students during the COVID-19 pandemic. *Slovenian Journal of Public Health*, 62(2), 101–108. <https://doi.org/10.2478/sjph-2023-0014> PMID:37266068; PMCID:PMC10231885
- Sampasa-Kanyinga, H., Zamorski, M. A., & Colman, I. (2018). The psychometric properties of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) in Canadian military personnel. *PLOS ONE*, 13(4), Article e0196562. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196562> PMID:29698459; PMCID:PMC5919406
- Serçe, Ö., Çelik İnce, S., Özkul, B., & Partlak Günüşen, N. (2021). The predictive role of nursing students' individual characteristics and psychological resilience in psychological distress. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1656–1663. <https://doi.org/10.1111/ppc.12731> PMID:33533049
- Şık, T., Günüşen, N., & Serçe Yüksel, Ö. (2025). Associations of psychological flexibility, mindfulness, and valued living with psychological distress among nursing students. *BMC Psychology*, 13, Article 1083. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03455-9> PMID:41023699; PMCID:PMC12482240
- Sonmez, Y., Akdemir, M., Meydanlioglu, A. & Mehmet, R. A. (2023). Psychological distress, depression, and anxiety in nursing students: A longitudinal study. *Healthcare*, 11(5), Article 636. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050636> PMID:36900639; PMCID:PMC10001336
- Stubin, C. A., & Dahan, T. A. (2024). Supporting mental health well-being in the most vulnerable future nurses. *Nursing Education Perspectives*, 45(5), 281–286. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000001297> PMID:39073809
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
- Veličkovič, T. (2022). Duševno zdravje in študentje generacije Z na Fakulteti za socialno delo [diplomska naloga, Univerza v Ljubljani]. *Repozitorij Univerze v Ljubljani*. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=139368>
- Villan, C., & Cunanan, G. (2025). Stress and academic burnout among nursing students: A regression analysis. *Journal of Interdisciplinary Perspectives*, 3(4), 221–228. <https://doi.org/10.69569/jip.2025.058>
- Wang, Y., Deng, Q., Fu, Y., Su, S., Wang, Z., Xu, L., & Li, J. (2025). The heterogeneity in psychological distress among undergraduate nursing students: A latent profile analysis. *BMC Nursing*, 24, Article 801. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03373-6> PMID:4059843; PMCID:PMC12210687
- 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:2414
- Wu, Y., Wang, L., Tao, M., Cao, H., Yuan, H., Ye, M., Chen, X., Wang, K. & Zhu, C. (2023). Changing trends in the global burden of mental disorders from 1990 to 2019 and predicted levels in 25 years. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, Article e63. <https://doi.org/10.1017/S2045796023000756> PMID:37933540; PMCID:PMC10689059
- Zhao, R., Amanvermez, Y., Pei, J., Castro-Ramirez, F., Rapsey, C., Garcia, C., Ebert, D. D., Haro, J. M., Fodor, L. A., David, O. A., Rankin, O., Chua, S. N., Martínez, V., Bruffaerts, R., Kessler, R. C., & Cuijpers, P. (2025). Research Review: Help-seeking intentions, behaviors, and barriers in college students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 66(10), 1593–1605. <https://doi.org/10.1111/jcpp.14145> PMID:40077833; PMCID:PMC12447698

Citirajte kot/Cite as:

Gorše, L., & Bregar, B. (2026). Duševne stiske med študenti zdravstvene nege ene izmed slovenskih fakultet: pilotna kvantitativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 60(3), 287–294. <https://doi.org/10.14528/snr.2026.60.3.3348>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Perspektiva zdravstvenih delavcev o kulturni kompetentnosti pri delu z intelektualno oviranimi otroki in mladostniki: kvalitativna opisna raziskava

Health professionals' perspective on cultural competence when working with children and adolescents with intellectual disabilities: A qualitative descriptive study

Marina Glavina^{1,*}, Katarina Vogrin², Uroš Nabernik³, Sabina Ličen⁴, Mirko Prosen⁴

Ključne besede: kulturne kompetence; intelektualna oviranost; spoštovanje; prilagajanje; medicinske sestre

Keywords: cultural competence; intellectual disability; respect; adjustment; nurses

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

² Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Bohoričeva ulica 20, 1000 Ljubljana, Slovenija

³ Zdravstveni dom Koper, Dellavallejeva ulica 3, 6000 Koper, Slovenija

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

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
marina.glavina@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Intelektualna oviranost je ena od mnogih razvojnih motenj. Namen raziskave je bil preučiti kulturno kompetentnost v zdravstveni oskrbi otrok in mladostnikov z intelektualno oviro. Cilj je bil analizirati perspektivo zdravstvenih delavcev, ki pogosto delajo s tovrstno populacijsko skupino, ter identificirati izzive, s katerimi se vsakodnevno soočajo.

Metode: Uporabljena je kvalitativna opisna metoda. Podatki so bili zbrani z individualnimi, delno strukturiranimi intervjuji, izvedenimi na namenskem vzorcu devetih zdravstvenih delavcev, zaposlenih v kliničnem okolju, kjer se izvaja zdravstvena nega intelektualno oviranih otrok in mladostnikov. Podatki so bili analizirani s pomočjo kvalitativne analize vsebine.

Rezultati: Identificirane so bile tri kategorije: zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe intelektualno oviranih otrok, sistemske ovire pri zdravstveni obravnavi na področju kulturnih kompetenc pri intelektualno oviranih otrocih in zavedanje pomena kontinuiranega izobraževanja zdravstvenih delavcev na področju kulturnih kompetenc. Prilagoditev zdravstvenovzgojnega dela pacientom različnih kultur se v osnovi nanaša na kulturne kompetence in izboljšanje komunikacije.

Diskusija in zaključek: Poznavanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev pri delu z intelektualno oviranimi otroki in mladostniki prispeva k medkulturni ozaveščenosti. S tem izboljšamo odnose, prilagajamo načrte zdravljenja in izboljšamo prisotnost pacientov, kar omogoča kulturno senzibilno oskrbo. Zdravstvene organizacije lahko z izobraževanjem in usposabljanjem zaposlenih zdravstvenih delavcev na področju kulturnih kompetenc pripomorejo k dvigu ravni organizacijske politike in prakse na področju kulturno senzibilne oskrbe.

ABSTRACT

Introduction: Intellectual disability is one of many developmental disorders. The aim of this study was to examine cultural competence in the health care of children and adolescents with intellectual disabilities. The objective was to analyse the perspectives of healthcare professionals who frequently work with this population and to identify the challenges they face in daily practice.

Methods: A qualitative descriptive method was used. Data were collected through individual semi-structured interviews with a purposive sample of nine healthcare professionals employed in clinical settings providing care for children and adolescents with intellectual disabilities. Data were analysed using qualitative content analysis.

Results: Three categories emerged from the analysis: provision of culturally responsive health care for children with intellectual disabilities, systemic barriers to culturally competent health care, and awareness of the importance of continuous education for healthcare professionals in cultural competence. Adapting health education activities for patients from diverse cultural backgrounds depends primarily on cultural competence and improved communication.

Discussion and conclusion: Healthcare professionals' understanding of cultural competence principles contributes to greater intercultural awareness when working with children and adolescents with intellectual disabilities. This improves relationships, supports the adaptation of treatment plans, and enhances patient engagement, thereby facilitating culturally sensitive care. Through education and training in cultural competence, healthcare organisations can strengthen the policies and practices that underpin culturally sensitive health care.



Uvod

Intelektualna oviranost je ena od mnogih razvojnih motenj, ki se pojavlja na različnih stopnjah in prizadene posameznike na različne načine. Zanj je značilna zmanjšana sposobnost razmišljanja in razumevanja abstraktnih ali kompleksnih informacij, kar močno omejuje šolsko učenje in posameznikovo sposobnost prilagajanja vsakdanjemu življenju. Obravnava otrok z intelektualno oviranostjo je zahtevna, zato naj bo individualno prilagojena ter strukturirano načrtovana (Des Portes, 2020), kar pomeni, da upošteva tudi kulturno ozadje.

Kulturno kompetentni zdravstveni delavci so usposobljeni, da s svojim odnosom in ravnanjem sodelujejo s pacienti iz različnih okolij (Halbwachs & Zurc, 2016), kar ustreza kulturno senzibilni oskrbi in zajema enakopravnost, kakovost, varnost, pravočasnost, pravičnost in osredotočenost na pacienta (Lehman et al., 2012). Upoštevanje teh načel zagotavlja zdravstveno oskrbo, ki vključuje razumevanje in empatijo do pacientovih vrednot, prepričanj in ciljev (Lindsay et al., 2014) ter jo zagotavljajo kulturno kompetentni zdravstveni delavci (Van Herwaarden et al., 2021). Limonšek (2019) poudarja, da so osebnosti in potrebe otrok in mladostnikov z duševno motnjo kljub njihovim enakim diagnozam in podobnim značilnostim raznolike ter velikokrat pogojene s kulturnim okoljem, zato morajo imeti zdravstveni delavci dodatna znanja in veščine, k čemur pripomorejo tudi delovne izkušnje.

Pri zagotavljanju celostne kulturno senzibilne oskrbe otrok in mladostnikov z intelektualno oviranostjo in vključevanju družine ima pomembno vlogo zdravstveni delavec, najpogosteje medicinska sestra. Golsäter et al. (2023) navajajo, da zdravstveni delavec uporablja prilagodljiv pristop pri obravnavi, vendar Geleta et al. (2021) ugotavljajo, da se pacientovih kulturnih prepričanj, obnašanja in želja v obravnavi zdravstvene nege ne upošteva dovolj, ker se osredotočajo predvsem na fizični vidik obravnave. V isti raziskavi so anketiranke izpostavile pomen enakopravne obravnave ne glede na kulturno in jezikovno ozadje pacienta, kar nakazuje nezadostno poznavanje pomena kulturnih kompetenc. Po drugi strani pa Van Herwaarden et al. (2021) ugotavljajo, da zaposleni v vseživljenjski skrbi učinkovito uporabljajo vse kulturne kompetence, jih združujejo in oskrbo prilagajajo željam pacienta.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil preučiti kulturno kompetentnost v zdravstveni oskrbi otrok in mladostnikov z intelektualno oviranostjo. Cilj je bil analizirati perspektivo zdravstvenih delavcev, ki pogosto delajo z obravnavano skupino, ter identificirati izzive, ki jih prinaša zagotavljanje zdravstvene oskrbe pacientov in

družin iz drugih kulturnih skupin. V okviru raziskave smo si postavili naslednje raziskovalno vprašanje: Kakšna je perspektiva zdravstvenih delavcev o kulturni kompetentnosti pri delu z intelektualno oviranimi otroki in mladostniki?

Metode

Uporabljeni sta bili kvalitativna metodologija in kvalitativna opisna metoda.

Opis instrumenta

Delno strukturiran intervju je bil sestavljen iz vprašanj odprtega tipa (Doyle et al., 2020). Vprašanja so bila vnaprej razvita na podlagi pregleda strokovne literature in preliminarne pregleda literature ter so bila oblikovana skladno z raziskovalnim vprašanjem in ciljem raziskave. Struktura vprašanj je bila organizirana v štiri sklope, pri čemer je vsak vseboval vnaprej pripravljena podvprašanja. V prvem sklopu smo preverili splošno razumevanje in poznavanje kulturnih kompetenc pri zdravstvenih delavcih, nato pa smo nadaljevali z vprašanji, povezanimi z vrednotenjem kulturnih kompetenc, pri čemer so se v zadnjem sklopu vprašanja nanašala na razumevanje kulturnih kompetenc in komunikacijo.

Vodič po intervjuju, uporabljen pri izvedbi intervjujev, je zajemal naslednja področja: splošno razumevanje kulturnih kompetenc pri zdravstvenih delavcih, vprašanja o ovrednotenju teh kompetenc, prepoznavanje ovir pri njihovem uresničevanju ter načine komuniciranja zdravstvenih delavcev pri delu z otroki in mladostniki z intelektualnimi ovirami. Prvi intervju je veljal za pilotni intervju in ni pokazal nerazumevanja vprašanj ali potrebe po dodatnih prilagoditvah vodiča za intervju, zato je bil vključen v nadaljnjo analizo podatkov.

Opis vzorca

Podatki so bili zbrani na namenskem vzorcu devetih zdravstvenih delavcev (sedem žensk in dva moška), zaposlenih v kliničnem okolju, kjer se izvaja zdravstvena nega intelektualno oviranih otrok in mladostnikov. V raziskavi so sodelovali tisti, ki so bili pripravljeni deliti svoje znanje in so imeli najmanj pet let izkušenj na tem področju. Vzorec je zajemal dve pediatrijni, štiri diplomirane medicinske sestre, dva zdravstvena tehnika in eno fizioterapevko. Povprečna starost sodelujočih je bila 41 let (Tabela 1).

Pri vključevanju v raziskavo sta bila, poleg podanega ozaveščenega soglasja, upoštevana tudi naslednja kriterija: prostovoljno sodelovanje in zaposlenost v kliničnem okolju, kjer je pogosta interakcija z intelektualno oviranimi otroki in mladostniki.

Tabela 1: Podatki sodelujočih

<i>Spol</i>	<i>Starost</i>	<i>Stopnja izobrazbe</i>	<i>Poklicni profil</i>	<i>Raven v zdravstvu</i>
Ženska	23	SOK raven 7	DMS	Terciarna raven
Moški	39	SOK raven 5	ZT	Terciarna raven
Ženska	25	SOK raven 7	DMS	Terciarna raven
Ženska	42	SOK raven 7	FTH	Primarna raven
Ženska	45	SOK raven 7	DMS	Primarna raven
Ženska	27	SOK raven 7	DMS	Primarna raven
Moški	46	SOK raven 5	ZT	Primarna raven
Ženska	55	SOK raven 9	PED	Primarna raven
Ženska	65	SOK raven 9	PED	Primarna raven

Legenda: SOK – Slovensko ogrodje kvalifikacij; ZT – zdravstveni tehnik; DMS – diplomirana medicinska sestra; FTH – fizioterapevt; PED – pediater

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Sodelujoči so bili osebno povabljeni k sodelovanju v raziskavi. Predstavljeni so jim bili namen in cilji raziskave ter zagotovljena anonimnost. Pred pričetkom smo intervjuvance informirali o namenu raziskave, jim zagotovili anonimnost in jih obvestili, da lahko kadarkoli med intervjujem prekinejo pogovor in odstopijo od raziskave. Od vsakega intervjuvanca smo pred izvedbo intervjuja pridobili tudi pisno soglasje za sodelovanje v raziskavi in za avdiosnemanje. Potek intervjuja je bil posnet. Zaradi upoštevanja etičnih vidikov raziskovanja so sodelujoči podpisali informirano soglasje. Intervjuje so izvedli trije različni spraševalci, ki so predhodno imeli organizirano 15-urno usposabljanje s področja kvalitativne metodologije. Intervjuji so potekali v novembru 2022 v dveh zdravstvenih domovih in kliničnem centru.

Intervjuji so časovno trajali v povprečju 30 minut. Podatke smo analizirali na podlagi transkripcij posnetkov. Tudi pri prikazu rezultatov, kjer smo uporabili njihove citate, je bila zagotovljena popolna anonimnost sodelujočih. Posameznemu intervjuvancu je bila dodeljena koda, ki je zajemala podatke o spolu, starosti, kategorizaciji ravni kliničnega okolja in

stopnji izobrazbe. Pridobljene podatke smo uporabili izključno za namen raziskave.

Analizo podatkov smo izvedli po postopkih kvalitativne analize vsebine. Najprej smo transkripte intervjujev večkrat prebrali, da smo se seznanili z vsebino in pridobili celosten vpogled v podatke. Nato smo določili pomenske enote, tj. dele besedila, ki so vsebovali informacije, pomembne glede na namen in raziskovalna vprašanja. Pomenske enote smo kodirali tako, da smo jim pripisali kode, ki so povzele njihov bistveni pomen. V nadaljevanju smo vsebinsko sorodne kode primerjali in združevali v podkategorije, te pa na podlagi njihovih skupnih značilnosti in pomenov v širše kategorije. Kategorije smo nato interpretirali glede na raziskovalna vprašanja ter na njihovi podlagi oblikovali vsebinsko razlago ugotovitev (Doyle et al., 2020).

Rezultati

Identificirane so bile tri kategorije: (1) zagotavljanje kulturno senzibilne zdravstvene oskrbe pri intelektualno oviranih otrocih; (2) sistemske ovire pri zdravstveni obravnavi na področju kulturnih kompetenc pri intelektualno oviranih otrocih; (3)

Tabela 2: Identificirane kategorije

<i>Kategorija</i>	<i>Podkategorija</i>
Zagotavljanje kulturno senzibilne zdravstvene oskrbe pri intelektualno oviranih otrocih	Odnos/spoštovanje in prilagajanje drugim kulturam/uporabnikom Spoštovanje in prilagajanje drugim kulturam Pomembnost kulturnih kompetenc Prednost kulturnih kompetenc Uporaba kulturnih kompetenc
Sistemske ovire pri zdravstveni obravnavi intelektualno oviranih otrok na področju kulturnih kompetenc	Omejitve pri obravnavi pacientov iz različnih kultur: jezik, zdravstvena in računalniška pismenost, ureditev zdravstvenih ustanov in okolja. Prilagoditev zdravstvenovzgojnega dela pacientom različnih kultur
Zavedanje pomena kontinuiranega izobraževanja zdravstvenih delavcev na področju kulturnih kompetenc	Izobraženost zdravstvenih delavcev na področju kulturnih kompetenc

zavedanje pomena kontinuiranega izobraževanja zdravstvenih delavcev na področju kulturnih kompetenc. V Tabeli 2 so navedene glavne kategorije in podkategorije.

Zagotavljanje kulturno senzibilne zdravstvene oskrbe intelektualno oviranih otrok in mladostnikov

Vsak človek je edinstven in tako ga je treba tudi obravnavati. Na eni strani ravna na samosvoj način, na drugi pa kot pripadnik skupin, katerim pripada. Zato pri zdravstveni obravnavi ne bi smeli dopustiti, da nanjo vplivajo stereotipi ali preveč toga splošna priporočila. Tega se zavedajo tudi zdravstveni delavci, ki se pri svojem delu vedno trudijo upoštevati posebnosti intelektualno oviranih otrok in mladostnikov ter prilagoditi delovni proces, kadar je to potrebno. Zdravstveni delavci, ki so sodelovali v raziskavi, so med intervjujem pogosto izražali in poudarjali pomembnost kulturno senzibilne zdravstvene obravnave intelektualno oviranih otrok in mladostnikov ter njihovih staršev ali skrbnikov. Hkrati so izpostavili pomen nestigmatiziranja te populacije.

V mojih očeh imajo oni prednost pri obravnavi. (M39IIIZT)

Populacijska migracija, ki je prisotna tudi v zdravstvenem okolju, zaznamuje in spreminja pristope v obravnavi. Zavedajoč se nujnosti upoštevanja kulturne raznolikosti na eni strani in ovir na drugi strani, so sodelujoči zdravstveni delavci poudarili, da je v ospredju njihove obravnave vedno pacient.

Dandanes, ko je Evropa multikulturna, je to pomemben element pri oceni stanja in potreb po zdravstveni negi – upoštevati kulturne značilnosti posameznika, absolutno. [...] Kot zdravstveni delavec na tem področju moram upoštevati jezikovno in kulturno okolje, iz katerega nekdo prihaja, ter spoštovati jezik, v katerem otrok govori v domačem okolju. (Ž27IDMS)

Preobremenjenost zdravstvenega kadra občasno vpliva na mišljenje zdravstvenega kadra, vendar se pri obravnavi pacienta prevzame profesionalni kulturno kompetenten pristop.

Ko so tujci, na začetku je nekaj slabe volje, konec koncev pa naredimo tako, da je dobro za vse. [...] Občasno je slaba volja, potem se pa tako ali tako vse naredi. (M39IIIZT)

Obravnavo otrok in mladostnikov v zdravstvenem sistemu največkrat vključuje tudi njihove starše ali skrbnike, pri čemer se kaže manj strpnosti, kar onemogoča kulturno kompetentno obravnavo. Slednjemu se pridružuje zapostavljanje problematike kulturne raznolikosti s strani zdravstvenih zavodov, v katerih delujejo intervjuvanci.

V zdravstvenih zavodih bi morali bolj poskrbeti za senzibilno obravnavo. (M46IZT)

Udeleženci poudarjajo, da mora biti poleg posameznega zdravstvenega delavca kulturno kompetentno tudi delovno okolje, ki omogoča

pozitivno naravnost do različnosti in spodbujanje kulturno senzibilne zdravstvene oskrbe.

Dodatna znanja in poznavanje pravic so pomembni, saj imajo vsi pravico, da se spoštuje njihov način življenja. (Ž23IIIDMS)

Intervjuvanci so med pogovorom večkrat omenili, da so zdravstveni delavci v Sloveniji zelo kulturni, ne pa tudi kompetentni, kar se je v pogovoru izrazilo v izjavah o prilagajanju tujcev naši kulturi in njihovih srečanjih v ambulantni. Omenili so primarni pomen poznavanja slovenske kulture s strani tujcev in njihovo prilagajanje kot pogoj nadaljnje prilagojene oskrbe.

Prihod v burki v ambulanto, pričakuje se »dam-daš«, več vzajemnosti s strani tujcev, preveč enostransko, spoštovanje in prilagajanje naši kulturi. (Ž55IPED)

Profesionalna, kakovostna in kompetentna obravnava pacientov iz drugačne kulture je v zdravstveni oskrbi osnova ter vsakemu zdravstvenemu delavcu, ne glede na njegovo strokovno izobrazbo, predstavlja dodano vrednost. V klinični praksi intervjuvancev sta se izrazila pozitivni vidik in odnos do kulturno senzibilne oskrbe.

Kot zdravstveni delavec na tem področju moram upoštevati jezikovno in kulturno okolje, iz katerega nekdo prihaja. [...] Spodbudimo pacienta k boljšemu sodelovanju v obravnavi; bolj zaupa, se izpove in je motiviran za sodelovanje, s tem se vrača z zaupanjem in je bolj dojemljiv za nasvete ter sporočila z naše strani. (Ž27IDMS)

Sistemske ovire pri zdravstveni obravnavi intelektualno oviranih otrok in mladostnikov na področju kulturnih kompetenc

V intervjujih so zdravstveni delavci navedli, da v ustanovah, v katerih so zaposleni, ne zaznajo večjih ovir pri dostopnosti intelektualno oviranih otrok in mladostnikov do različnih aktivnosti in dejavnosti.

V zdravstveni ustanovi imamo varen dostop. Zelo dobro so poskrbljeni prevozi, spremstva intelektualno oviranih otrok in mladostnikov s strani zavoda. (M46IZT)

Kot pomembno oviro je sedem od devetih intervjuvancev izpostavilo komunikacijo. Sporazumevanje s pacienti temelji predvsem na komunikacijskih veščinah, pridobljenih z delovnimi in osebnimi izkušnjami. Nekateri so poročali o lastnih težavah s tujimi jeziki, kar dodatno otežuje dostop do informacij o pacientu. Kot možno rešitev so navedli prevod zdravstvene dokumentacije, ki jo izpolnjuje pacient sam ali s pomočjo zdravstvenega osebja, ter ob sprejemu, med hospitalizacijo in ob odpustu dostopna navodila za paciente v različnih jezikih.

Trudim se v njihovem jeziku, in kar ne znam, se potrudim. Drugače po navadi v angleščini, je lažje. (Ž23IIIDMS)

Pomembno je, da bi večino dokumentacije prevedli in si s tem olajšali prvi stik. (Ž55IPED)

Prisotnost tolmača z ustreznimi kompetencami bi

lahko olajšala komunikacijo s pacientom in na tak način vplivala na kakovost in varnost zdravstvene obravnave. Kot opažajo intervjuvanci, pogosto pride do sistemske nezmožnosti vključitve tolmača v komunikacijo v zdravstveni obravnavi, zato imajo pomembno vlogo pri obravnavi svojci ali skrbniki pacienta, na katere se zanašajo glede primerno prevedenih in predanih informacij, povezanih z zdravstveno obravnavo pacienta.

Sicer pa ima [op. a. omeni ime zdravstvene ustanove] tolmače. Bil je nekajkrat pri nas, sicer pa večinoma v angleščini. S tolmačem je bila komunikacija na višji ravni in razumevanje je bilo obojestransko. (M39IIIZT)

Vzpostavitev in poznavanje klinične poti v zdravstvu lahko pripomore k boljšemu počutju intelektualno oviranih otrok in mladostnikov v zdravstveni obravnavi. S tem se zmanjša občutek zaznamovanosti in izboljša prvi stik z zdravstvenimi delavci. Pomembno vlogo imata komunikacija in stopnja zdravstvene pismenosti pacientov, predvsem njihovih staršev ali skrbnikov. Kompetentna zdravstvena vzgoja pripomore k dvigu ravni zdravstvene pismenosti tako na področju govora in jezika kot tudi na področju računalniške zdravstvene pismenosti. Zdravstveni delavci uporabljajo različne veščine, znanja in ukrepe, da opolnomočijo paciente. Kot primer dobre prakse sta se izkazala dosledno ponavljanje želene vsebine in kontinuiteta obravnav.

Vsekakor je to nujno predvsem pri populaciji, ki jo obravnavamo v naši enoti. Veliko otrok imamo, ki prihajajo iz družin iz različnih kulturnih področij. Srečujemo se z izzivi sodelovanja s starši pri izvajanju obravnave. (Ž42IFTH)

Boljša zdravstvena pismenost bi lahko osebam z motnjami v duševnem razvoju pomagala sprejemati odločitve v zvezi z njihovim zdravjem. Intelektualno oviranim otrokom, ki imajo bolj razvite komunikacijske, bralne in pisne sposobnosti, pa bi tako omogočili pridobivanje več znanja o lastnem zdravju. (Ž23IIIDMS)

Pri dvigu ravni znanja in zdravstvene pismenosti ter krepitvi samozaveda intelektualno oviranih otrok, mladostnikov in njihovih staršev ima pri zdravstveni oskrbi pomembno vlogo tudi zdravstvenovzgojno delo. Pri tem se zdravstveni delavci poslužujejo različnih veščin, znanj in ukrepov. Kot primer dobre prakse se kažejo naslednje lastnosti zaposlenih, ki delajo z obravnavano populacijo: kontinuiteta, ponavljanje in vztrajnost.

Natisnem informacije, da si lahko doma v miru pogledajo, preberejo. Zdi se mi, da tako lažje razumejo, kot če se jim samo tako razlaga. (Ž23IIIDMS)

Vedno razlagamo toliko časa, da se na koncu razume, tudi če imamo kakšno naglušno ali gluho osebo. Odstranimo masko za lažje sporazumevanje z njimi, če znajo brati iz ustnic. (Ž25IIIDMS)

Poleg navedenih veščin zdravstveni delavci obravnavajo paciente po načelih timskega pristopa.

Zavedajo se pomena poznavanja informacij ter postavitve kratkoročnih in dolgoročnih ciljev. *Celostna obravnava opolnomočenega človeka, ki skupaj z zdravnikom oziroma zdravstvenim delavcem dogovorno, aktivno in odgovorno sodeluje pri skrbi za svoje zdravje, je pomemben korak k sodobni, demokratični, na človekovih pravicah in odgovornosti sloneči kakovostni in učinkoviti zdravstveni oskrbi. (NIJZ, 2016)*

Se moramo razumeti, kaj želimo od njih doseči in da tudi oni razumejo, kaj se dogaja z njimi. Vedno poskušamo najti nek skupni jezik. (Ž25IIIDMS)

Zdravstveni delavci z višjim kulturnim zavedanjem so bolj odprti za neznana vedenja in stališča. Poleg fizičnih, psihičnih in socialnih potreb prepoznajo tudi potrebe po izražanju verske prepričanosti.

Zadnjič je bil pri nas oče z otrokom in sem ravno k njemu odšel, ko se je »klanjale« (molitev), in ga nisem motil, sem odšel, da je lahko zmolil do konca, in potem ponovno prinesel papirje, ki sem jih nameraval izročiti. (M39IIIZT)

Zavedanje pomena kontinuiranega izobraževanja zdravstvenih delavcev na področju kulturnih kompetenc

Izobraževanje na področju kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev se je, kot izhaja iz intervjujev, izkazalo za nezadostno, ker se s tem najpogosteje srečajo v poznejšem obdobju poklicne poti ali pri usmerjenem izobraževanju. V okviru strokovnih izobraževanj se je z izobraževanjem o kulturnih kompetencah in njihovem pomenu srečal eden od devetih intervjuvancev. Večini izraz kulturna kompetentnost in njen pomen nista bila znana. Kljub temu se je izkazalo, da večino pri opravljanju svojega poklica (ne)zavedno uporabljajo vsi, saj so izraz tudi opisovali.

Prilagoditev glasu (nežen), približati v načinu komunikacije. Biti pozoren na njihove reakcije, ki so lahko zelo burne; pozoren na prostor, v katerem komuniciramo z otroki (tudi igrače, ki so lahko kdaj nevarne). (Ž45IDMS)

Rekla bi poznavanje, drugih kultur, običajev, navad, jezikovnih značilnosti človeka, sprejemanje kulturnih raznolikosti. Integracija drugih kultur v našo kulturo. (Ž27IDMS)

Intervjuvanci se zavedajo, da je za kulturno kompetentno oskrbo pomembno poznavanje pacientovih pravic in temeljnih človekovih pravic. Pridobivanje znanja v okviru šolanja za zdravstveni poklic je temelj, kljub temu pa je v okviru poklicne kariere nujno vseživljenjsko učenje.

Da, dodatna znanja in poznavanje pravic so pomembni, saj imajo vsi pravico, da se spoštuje njihov način življenja, tako glede njihove kulture kot tudi vere in drugih omejitev, če jih imajo. (Ž23IIIDMS)

Zelo pomembno je predvsem poznavanje pravic. [...] Da si kompetenten na področju njihovih kultur in jih pravilno obravnavaš na podlagi znanja. (Ž45IDMS)

Obseg znanja zdravstvenih delavcev na področjih dela, pri katerem se pogosto srečujejo z intelektualno oviranimi otroki in mladostniki, mora biti obširen. Poleg poznavanja kulturne raznolikosti je pomembno tudi znanje s področja psihologije, antropologije, didaktike itd. Zavedajo se, da zavzetost za kulturno senzibilno obravnavo v okviru delovišč intervjuvancev ni dovolj, saj so pacienti in njihovi bližnji deležni obravnave tudi na drugih področjih zdravstva.

V našem timu se na tem področju zelo trudimo, ker obravnavamo tako populacijo. Potrebovali bi dodatno pomoč in podporo v tej smeri. (Ž42IFTH)

Torej, če smo izobraženi v tej smeri, poznamo okolje, s katerega nekdo prihaja, poznamo navade, običaje, s čimer spodbudimo pacienta k boljšemu sodelovanju v obravnavi. Bolj zaupa, se izpove in je bolj motiviran za sodelovanje v obravnavi. (Ž27IDMS)

Diskusija

Rezultati raziskave so pokazali, da ima kulturno senzibilna oskrba ključno vlogo pri zmanjševanju razlik in izboljšanju zdravstvenih izidov zlasti pri pacientih iz različnih kulturnih okolij. Prispeva namreč k boljši komunikaciji, razumevanju zdravstvenih prepričanj ter k ustvarjanju vključujočega zdravstvenega okolja. Intervjuvanci so izrazili potrebo po dodatnih izobraževanjih in ozaveščanju o kulturni senzibilnosti, kar bi pripomoglo h kakovostnejši in enakovrednejši obravnavi. Izvedeni intervjuji so ponudili vpogled v perspektivo zdravstvenih delavcev o kulturni kompetentnosti pri delu z intelektualno oviranimi otroki in mladostniki.

Različnost kultur in običajev ni omejena zgolj na posameznike iz drugih geografskih območij, temveč se oblikuje tudi pri ljudeh, katerih življenjski slog je prilagojen zaradi zdravstvenega stanja. Foronda (2020) poudarja, da je prilagodljivost ključna za doseganje kulturne ponižnosti; posamezniki, skupine in skupnosti prinašajo edinstvene izkušnje, vrednote in vedenje. V srečanju različnih kultur je partnerstvo mogoče le, če se vsaj ena stran odpre za prilagajanje, kar pogosto vodi k vzajemnemu prizadevanju za razumevanje in sodelovanje.

Kulturne kompetence zdravstvenih delavcev so posebej pomembne pri obravnavi otrok in mladostnikov z intelektualnimi ovirami ter njihovih staršev oziroma skrbnikov, ki prihajajo iz različnih kulturnih okolij. Zaradi povečanih migracij prebivalstva je kulturna kompetentnost postala nujni del kakovostne zdravstvene oskrbe. Pomenu kulture pri zdravstveni obravnavi dolgo nismo pripisovali posebnega pomena. V sodobnem zdravstvenem sistemu pa je kulturno kompetentna obravnava nedvomno temeljna človekova pravica in ne več privilegij posameznikov (Prosen, 2018).

Pogledi intervjuvancev kažejo na pomanjkanje pozornosti, namenjene kulturno občutljivi zdravstveni

negi. Večina izpostavlja nezadostna izobraževanja s področja kulturnih kompetenc, ki so ključna za kakovostno delo. Foronda (2020) priporoča prepoznavanje dejavnikov, ki prispevajo k nestrpnosti in občutkom nemoči, ter postavljanje skupnih ciljev v timu, kar krepi sodelovanje in medsebojno podporo. Kulturno občutljiva zdravstvena nega pomembno vpliva na kakovost življenja oseb z intelektualno oviranostjo, pri čemer ima ključno vlogo odnos med zdravstvenim osebjem in pacientom. Večja vključenost v delovno in družinsko okolje prispeva k višji kakovosti življenja, kar naj bi bil cilj vsake obravnave (Tubić & Širaj Mažgon, 2014). Van Herwaardna et al. (2021) poudarjajo, da so tako praktične kot analitične kulturne kompetence ključne za zagotavljanje kulturno senzibilne vseživljenjske oskrbe oseb z motnjami v duševnem razvoju.

Poznavanje kulturnih kompetenc je ključno predvsem ob sprejemu pacienta in pri izvajanju negovalne anamneze, kar omogoča kritično oceno zdravstvenega stanja in negovalnih potreb. Pomembno vlogo pri tem imajo tudi pacientovi svojci ali spremljevalci, ki prispevajo k celostni obravnavi. Gradellini et al. (2021) navajajo, da znanje s področja kulturnih kompetenc zdravstvenim delavcem omogoča učinkovitejše načrtovanje ukrepov v sodelovanju s pacientom, kar povečuje zaupanje in zadovoljstvo z oskrbo. V naši raziskavi so intervjuvanci izrazili visoko stopnjo ozaveščenosti glede pomena kulturne senzibilnosti. Poudarili so vložen napor pri zagotavljanju dobrega počutja pacientov, s posebnim poudarkom na jezikovni prilagoditvi ter spoštovanju kulturnih in verskih značilnosti. Skrbijo za jasno predstavitev informacij, kar omogoča boljše učinkovitost oskrbe pacientov iz različnih kulturnih okolij.

Komunikacijske ovire ob zagotavljanju kulturno senzibilne oskrbe bi bilo mogoče sistematično urediti z rednejšim vključevanjem usposobljenih tolmačev v zdravstveno obravnavo. Bofulin et al. (2016) poudarjajo, da v Sloveniji tolmačenje pogosto opravljajo neprofesionalni tolmači, pri čemer zdravstveno osebje ni vedno seznanjeno z njihovimi omejitvami, kot so nepoznavanje medicinske terminologije, pomanjkanje zavezanosti etičnim načelom tolmačenja ter možnost nepopolnega ali prirejenega prenosa informacij. V Sloveniji formalno izobraževanje za tolmače v zdravstvu še ne obstaja, zato morajo zdravstveni delavci sami presojeti o ustreznosti spremljevalcev in svojcev kot tolmačev za otroke in mladostnike z motnjo v duševnem razvoju. Ena izmed možnih rešitev bi bila širša uporaba tujejezičnih vprašalnikov za lažje zbiranje podatkov v okviru negovalne anamneze. Tudi Klenner et al. (2022) izpostavljajo potrebo po uvedbi formalnih postopkov, ki bi zdravstvenim delavcem pomagali prepoznavati, spoštovati in upoštevati kulturne značilnosti in potrebe pacientov.

V okviru raziskave je bilo ugotovljeno, da kljub zahtevam delovnega okolja klinično usposabljanje zdravstvenih delavcev ne omogoča pridobitve dovolj znanja in samozavedi za izvajanje kulturno senzibilne oskrbe. Smith et al. (2023) poudarjajo potrebo po premišljenem razvoju visokošolskih učnih načrtov, ki bi bolj podpirali razvoj kompetenc s področja raznolikosti in kot pomemben vidik kulturne senzibilnosti bolj vključevali tudi intelektualno oviranost.

Loredan & Prosen (2013) poudarjata, da je razvijanje kulturnih kompetenc ključnega pomena za kakovostno zdravstveno nego, vendar tematike v slovenskem prostoru še niso pogosto predmet razprav. Posamezni sklopi in teme s področja kulturnih kompetenc so občasno vključeni v izobraževanja kot pomožna tematika ali izbirna vsebina. S tem se ne doseže vseh izvajalcev zdravstvene oskrbe, kar bi prispevalo k dvigu ravni kulturne kompetentnosti. Kot navajajo Gómez Cantarino et al. (2015, as cited in Gradellini et al., 2021), je visokošolsko izobraževanje na prvi stopnji zdravstvene nege pretežno usmerjeno v strokovno dejavnost, zato je potrebno več sistematičnega usposabljanja študentov na področju kulturnih kompetenc. Drugostopenjsko izobraževanje (npr. magistrsko) vključuje nadaljnje strokovno izobraževanje z vsebinami, usmerjenimi v specializacijo ali interdisciplinarno obravnavo. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) že od leta 1946 poudarja, da so enak dostop do zdravstvene oskrbe, spoštovanje človekovega dostojanstva in doseganje najvišjega možnega zdravstvenega standarda temeljne človekove pravice, kar predstavlja ključen predpogoj za razvoj kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe (Gradellini et al., 2021; World Health Organization, 1946).

Raziskava ima nekatere omejitve, ki jih je treba upoštevati pri interpretaciji ugotovitev. Intervjuji so bili izvedeni v omejenem številu zdravstvenih ustanov oziroma kliničnih okolij, zato ugotovitev ni mogoče neposredno prenesti na vsa zdravstvena okolja. Ker so podatki temeljili na samooceni in opisih izkušenj udeležencev, obstaja tudi možnost vpliva subjektivnega zaznavanja in družbeno zaželenih odgovorov. Poleg tega raziskava vključuje perspektivo zdravstvenih delavcev, ne pa tudi perspektive otrok in njihovih staršev oziroma skrbnikov iz različnih kulturnih okolij.

V prihodnjih raziskavah bi bilo smiselno vključiti večje in bolj raznolike vzorce zdravstvenih delavcev iz različnih zdravstvenih ustanov ter raziskati tudi perspektive otrok in njihovih staršev oziroma skrbnikov iz različnih kulturnih okolij. Smiselno bi bilo tudi preveriti učinke izobraževalnih programov s področja kulturnih kompetenc na znanje, stališča in ravnanje zdravstvenih delavcev ter na kakovost zdravstvene obravnave.

Zaključek

Sklepi raziskave so z namenom boljšega razumevanja kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev pri delu z intelektualno oviranimi otroki in mladostniki izpostavili najpogostejše uporabljene spretnosti v kulturno senzibilni oskrbi ter ovire, prisotne v klinični praksi. Obravnava te populacije zahteva visoko raven znanja in razvite kulturne kompetence, kar zdravstveni delavci prepoznavajo kot potrebo. Izsledki kažejo na željo po večji strokovni podpori in izobraževanjih, kar bi razbremenilo vsakodnevno zanašanje na osebne izkušnje. Sodelovanje različnih strokovnjakov znotraj zdravstvenega sistema bi pomembno prispevalo k boljši in bolj senzibilni obravnavi tako otrok z intelektualno oviranostjo kot tudi kulturno raznolikih posameznikov.

Zahvala

Avtorji se iskreno zahvaljujejo zdravstvenim delavcem za njihov prispevek pri izvedbi raziskave.

Nasprotje interesov

Avtorji izjavljajo, da nimajo nobenih navzkrižij interesov.

Financiranje

Raziskava je bila izvedena brez finančne podpore.

Etika raziskovanja

Pri izvedbi raziskave so bila upoštevana načela Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. (2024).

Prispevek avtorjev

Konceptualno zasnovo raziskave so oblikovali vsi avtorji. Prvi trije avtorji so sodelovali pri zbiranju, analizi in interpretaciji podatkov. Četrty in peti avtor sta sodelovala pri metodološki zasnovi, analizi podatkov ter kritično pregledala in dopolnila končno različico članka. Vsi avtorji so odobrili končno verzijo članka.

Literatura

Des Portes, V. (2020). Intellectual disability. In J. H. Stone, & M. Blouin (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (Vol. 174, pp. 113–126). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00009-0>
PMCID:PMC7280070

- Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A., & McCann, M. (2020). An overview of the qualitative descriptive design within nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 25(5), 443–455.
<https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
PMid:34394658; PMCID:PMC7932381
- Foronda, C. (2020). A theory of cultural humility. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(1), 7–12.
<https://doi.org/10.1177/1043659619875184>
PMid:31516091
- Geleta, B. A., Radie, Y. T., & Areri, H. A. (2021). Exploring cultural competence of nurses and associated barriers in Ethiopian tertiary hospitals: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 62, Article 151511.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151511>
PMid:34815007
- Golsäter, M., Karlsson Fiallos, M., Olsson Vestvik, S., Anefur, H., & Harder, M. (2023). Child health care nurses' cultural competence in health visits with children of foreign background. *Nursing Open*, 10(3), 1426–1436.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1393>
PMid:36180979; PMCID:PMC10062413
- Gradellini, C., Gómez-Cantarino, S., Domínguez-Isabel, P., Molina-Gallego, B., Mecugni, D., & Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (2021). Cultural competence and cultural sensitivity education in university nursing courses: A scoping review. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 682920.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.682920>
PMid:34659003; PMCID:PMC8514292
- Halbwachs, H. K., & Zurc, J. (2016). Pogled vodilnih medicinskih sester na kulturno kompetentnost zaposlenih v zdravstveni negi. In B. Filej (Ed.), *4. mednarodna znanstvena konferenca: Za človeka gre: družba in znanost v celostni skrbi za človeka* (pp. 60–68). Alma Mater Europaea - ECM.
- Klenner, M., Mariño, R., Pineda, P., Espinoza, G., & Zaror, C. (2022). Cultural Competence in the nursing, dentistry, and medicine professional curricula: A qualitative review. *BMC Medical Education*, 22(1), Article 686.
<https://doi.org/10.1186/s12909-022-03743-7>
PMid:36127655; PMCID:PMC9485016
- Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
- Lehman, D., Fenza, P., & Hollinger-Smith, L. (2012). *Diversity & cultural competency in health care settings*. Mather LifeWays Orange Paper.
- Limonšek, I. (2019). Celostna obravnava otrok z motnjo v duševnem in telesnem razvoju - prikaz primera. In T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, & A. Prelec (Eds.), *"Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse": zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 407–413). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. http://www.zzkongres.si/wp-content/uploads/2019/05/Z-Z_eZbornik_KongresMaj_2019_splet.pdf.
- Lindsay, S., Tetrault, S., Desmaris, C., King, G., & Pierart, G. (2014). Social workers as 'cultural brokers' in providing culturally sensitive care to immigrant families raising a child with a physical disability. *Health & Social Work*, 39(2), 10–20.
<https://doi.org/10.1093/hsw/hlu009>
- Loredan, I., & Prosen, M. (2013). Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), 83–89.
<https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review: Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology* 18(1), Article 143.
<https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
PMid:30453902; PMCID:PMC6245623
- NIJZ (2016). *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. <https://nijz.si/publikacije/kulturne-kompetence-in-zdravstvena-oskrba-prirocnik-za-razvijanje-kulturnih-kompetenc-zdravstvenih-delavcev/>
- Prosen, M. (2018). Developing cross-cultural competences: For ensuring health and healthcare equality and equity. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), 76–80.
<https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.262>
- Smith, M. R., Papadakis, M., & Munnik, E. (2023). Diversity training for health professionals: Preparedness to competently address intellectual disability in the Western Cape Province, South Africa. *Journal of Intellectual Disabilities*, 27(1), 24–39.
<https://doi.org/10.1177/17446295211050468>
- Zakon o pacientovih pravicah (ZpacP). (2008). *Uradni list RS*, št. 15/2008 (23.6.2024). <https://www.uradni-list.si/pdf/2008/Ur/u2008015.pdf>
- Tubić, K. & Širaj Mažgon, K. (2014). Psihiatrično zdravljenje v skupnosti: primer dobre prakse - psihiater na domu - dodana vrednost. In T. Štemberger Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik, & M. Bulič (Eds.), *Zdravstvena nega v javnem zdravju: zbornik predavanj / II. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31.1.2014* (pp. 325–332). Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Van Herwaarden, A., Rommes, E. W. M., & Peters-Scheffer, N. C. (2021). Cultural competence in lifelong care and support for individuals with intellectual disabilities. *Ethnicity & Health*, 26(6), 922–935.
<https://doi.org/10.1080/13557858.2019.1591348>
 PMid:30849248

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

World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*.
<https://www.who.int/about/governance/constitution>

Citirajte kot/Cite as:

Glavina, M., Vogrin, K., Nabernik, U., Ličen, S., & Prosen, M. (2026). Perspektiva zdravstvenih delavcev o kulturni kompetentnosti pri delu z intelektualno oviranimi otroki in mladostniki: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 60(3), 295–303.
<https://doi.org/10.14528/snr.2026.60.3.3280>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Pristopi za izboljšanje adherence jemanja zdravil pri starejših osebah: krovni pregled literature

Approaches to enhance medication adherence among older people: An umbrella review

Sergej Kmetec^{1,*}, Zvonka Fekonja¹, Nataša Mlinar Reljič¹, Tilen Dervarič, Jožica Černe Kolarič¹, Jasmina Nerat¹

Ključne besede: starejši; zdravila; kronične bolezni; intervencije

Key words: older people; medication; chronic disease; interventions

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

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
sergej.kmetec1@um.si

IZVLEČEK

Uvod: Podaljšana življenjska doba je pripomogla k povečani razširjenosti kroničnih bolezni, ki zahtevajo dolgoročno zdravljenje z upoštevanjem adherence jemanja zdravil. Neaderenca jemanja zdravil je izrazil problem v zdravstvu in družbi nasploh, zato je bil namen s pregledom literature poiskati učinkovite pristope, ki prispevajo k adherenci jemanja zdravil pri starejših osebah.

Metode: Uporabiljen je bil krovni pregled literature, ki je potekal v marcu 2023. Pri tem so bile upoštevane smernice PRISMA. Pregled literature je bil izveden v naslednjih podatkovnih bazah: PubMed, CINAHL Ultimate, Cochrane Library, ScienceDirect in Web of Sciences. Za oceno kakovosti vključenih virov je bilo uporabljeno ocenjevalno orodje Joanna Briggs Institute.

Rezultati: Izmed 242-ih identificiranih člankov je bilo sedem člankov vključenih v vsebinsko analizo, sintezo in kompilacijo. Oblikovane so bile štiri podkategorije, ki prispevajo k adherenci jemanja zdravil pri starejših osebah: 1) zdravstvena vzgoja starejših oseb; 2) nadzor nad jemanjem zdravil; 3) uporaba dozatorjev za zdravila; 4) orodja za ocenjevanje sposobnosti adherence jemanja zdravil.

Diskusija in zaključek: Identificiranih je bilo več pristopov za izboljšanje adherence jemanja zdravil pri starejših osebah. Med ključnimi pristopi so zdravstvena vzgoja, nadzor nad jemanjem zdravil, uporaba dozatorjev za zdravila in orodij za ocenjevanje sposobnosti adherence jemanja zdravil. Ti pristopi nudijo dragocene vpoglede v izboljšanje zdravstvenega stanja in kakovosti življenja starejših oseb.

ABSTRACT

Introduction: Increased life expectancy has led to a higher prevalence of chronic diseases that require long-term treatment and sustained medication adherence. As medication non-adherence represents a major challenge in health care and society at large, the aim of this literature review was to identify effective approaches that promote medication adherence in older people.

Methods: Following PRISMA guidelines, we conducted an umbrella literature review in March 2023. The literature search was performed in the PubMed, CINAHL Ultimate, Cochrane Library, ScienceDirect and Web of Science databases. We used the Joanna Briggs Institute assessment tool to assess the quality of the included articles.

Results: Of the 242 records retrieved, seven articles were included in the content analysis, synthesis and compilation. Four subcategories contributing to medication adherence in older people were identified: 1) health education for older people; 2) medication monitoring; 3) use of medication dispensers; and 4) instruments for assessing medication adherence.

Discussion and conclusion: The analysis revealed several approaches to improving medication adherence in older people. Key approaches include health education, medication monitoring, dispensers, and instruments for assessing medication adherence. These approaches offer valuable insights into improving older people's health status and quality of life.



Prejeto/Received: 17. 8. 2023
Sprejeto/Accepted: 8. 11. 2025

© 2026 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

Življenjska doba se je v Sloveniji po podatkih Združenih narodov v zadnjih letih podaljšala za približno 0,19 % in znaša za leto 2024 82,01 let (Macrotrends, 2024). Podaljšanje življenjske dobe je prispevalo k večji pojavnosti kroničnih bolezni, kot so: srčno-žilna obolenja, rak, kronična obstruktivna pljučna bolezen, sladkorna bolezen tipa 2 itd. (Li et al., 2020), ki zahtevajo dolgotrajno zdravljenje z redno medikamentozno terapijo oz. rednim dnevnim režimom jemanja zdravil (Foley et al., 2021). S pojavom multimorbidnosti posledično prihaja do polifarmacije (Mošhammer et al., 2016). O polifarmaciji govorimo, ko oseba na dan zaužije od pet do deset različnih zdravilnih učinkovin (Scott et al., 2015), ki jih predpiše zdravnik. Glede na ugotovitve raziskav je razvidno, da v starostni skupini nad 65 let pet ali več zdravilnih učinkovin uporablja 42 % ljudi, v starostni skupini nad 85 let pa kar 50 % ljudi (Jetha, 2015; Kim & Parish, 2017). K že znanim kritičnim vidikom polifarmacije, kot so: jemanja več kot pet zdravil na dan, večja možnost pojava nezaželenih učinkov zdravil, interakcije med zdravili ter spremenjena farmokinetika pri starejših osebah (Krause et al., 2017), se pridružuje še aderenza jemanja zdravil, ki je prav tako zelo velik problem pri starejših osebah. Le polovica starejših oseb uživa predpisana zdravila redno, po določenem dnevnem režimu, kar posledično lahko vodi tudi do neučinkovitega zdravljenja (Anderson et al., 2020).

V literaturi je mogoče zaslediti, da starejše osebe v povprečju jemljejo šest predpisanih zdravil ter še tri nepredpisana zdravila. Predpisovanje zdravil pri starejših osebah s kroničnimi boleznimi je zelo kompleksno, zato ga vodi zdravnik z upoštevanjem individualnih značilnosti starejših oseb (Zelko et al., 2016).

Adherenca jemanja zdravil je opredeljena oz. definirana kot vedenje posameznika, tj. jemanje zdravil, upoštevanje diete in/ali spremembe načina življenja, na podlagi spoštovanja priporočil izvajalca zdravstvene dejavnosti (Pietrzykowski et al., 2020). Ta definicija kaže pomen dobre komunikacije med starejšo osebo in zdravstvenimi delavci (Al Bawab et al., 2021).

Neupoštevanje pravilnega režima zdravljenja opisuje starejšo osebo, ki ne upošteva oz. le delno upošteva adherence jemanja zdravil, dogovorjenega z zdravnikom (Zelko et al., 2016). Za učinkovito zdravljenje kroničnih bolezni pri starejših osebah je bistvenega pomena adherenca jemanja zdravil, tj. uporaba pravih zdravil, v pravilni dozi, v pravilnem časovnem intervalu (Wilson et al., 2020).

Adherenca jemanja zdravil pomembno vpliva na izboljšanje zdravstvenega stanja (Anderson et al., 2020; Zafari Nobari et al., 2021). Pravočasno prepoznavanje neadherentnosti jemanja zdravil pri starejših osebah je izrednega pomena, čemur morajo

zdravstveni delavci posvečati večjo pozornost (Pereira et al., 2022). Kadar nedherentnosti jemanja zdravil pri starejši osebi ne prepoznamo, lahko povzroči nepravilno jemanje zdravil, kar lahko posledično pripelje do nastanka nezaželenih učinkov zdravljenja (Pereira et al., 2023). Zato se lahko povečajo obiski na urgencah, zniža se kakovost življenja starejše osebe ter povečajo se stroški zdravstvene oskrbe in nepotrebne hospitalizacije starejših oseb (Anderson et al., 2020).

V razvitih državah se odstotek neadherentnosti jemanja zdravil pri starejših osebah s kroničnimi boleznimi giblje med 30 % in 50 % (Costa et al., 2015; Chew et al., 2021). Ta stopnja neadherentnosti pri jemanju zdravil posledično vodi v slabšo kakovost življenja in slabše izide zdravljenja, po drugi strani pa povečuje stroške zdravstvene obravnave (Alnijadi et al., 2021; Holbrook et al., 2021; Laba et al., 2020).

Namen in cilji

Namen raziskave je s krovnim pregledom literature poiskati učinkovite pristope, ki prispevajo k adherenci jemanja zdravil pri starejših osebah. Pri tem smo si zastavili naslednje raziskovalno vprašanje:

- Kateri pristopi prispevajo k doslednosti upoštevanja adherence jemanja zdravil pri starejših osebah?

Metode

Metode pregleda

Izvedli smo krovni pregled znanstvene literature, v katerega smo vključili metodo pregleda, analize in sinteze ter metodo kompilacije. Pri tem smo upoštevali smernice po PRISMA (Page et al., 2021).

Iskalna strategija

Za pridobitev znanstvene literature smo oblikovali iskalno strategijo, ki vsebuje naslednji iskalni niz v angleškem jeziku z Boolovim operatorjem (AND/OR): (intervention* OR approach*) AND improve AND medication AND (taking OR adherence) AND (elderly OR "older people" OR "older adult*") AND review). Pregled literature smo izvedli v naslednjih podatkovnih bazah: PubMed, CINAHL Ultimate, Cochrane Library, ScienceDirect in Web of Sciences. Vključitveni kriteriji za izbor člankov so naslednji: 1) starejše osebe s kronično boleznijo ali več kroničnimi boleznimi; 2) imajo predpisano redno medikamentozno terapijo; 3) članki, ki bazirajo na pregledu literature, kot sistematični pregled, narativni pregled itd.; 4) se nanašajo na pristope za povečanje adherence jemanja zdravil. Izključitveni kriteriji so bili: 1) osebe, mlajše od 65 let s kronično boleznijo ali več kroničnimi boleznimi; 2) nimajo predpisane redne medikamentozne terapije; 3) pregledni članki, ki se ne nanašajo na raziskovalno tematiko; 4) raziskovalni

članki, v katerih je bila izvedena kvantitativna, kvalitativna ali mešana raziskava. Iskanje po podatkovnih bazah je bilo izvedeno v mesecu marcu 2023.

Ocena kakovosti pregleda

Posamične članke ($n = 7$), ki so bili vključeni v končno analizo, smo metodološko kritično ocenili z orodjem Joanna Briggs Institutes (JBI) Systematic Reviews: Study selection and critical appraisal (Porritt et al., 2014). Ocenjevalno orodje JBI je sestavljeno iz enajstih vprašanj. Vsako posamezno vprašanje se ocenjuje s štirimi možnimi odgovori, in sicer: »Da.«, »Ne.«, »Nejasno.« ali »Ni uporabno.«. Vsak odgovor »Da.« je ocenjen z eno točko, vsi preostali odgovori so ocenjeni z nič točk. Na podlagi seštevka točk smo članke glede na kakovost razdelili v tri skupine: slaba kakovost (0–4), srednja kakovost (5–8) in visoka kakovost (9–11) (Teixeira et al., 2019).

Kakovost posameznih člankov je prvi avtor posamično ocenil. Po tej oceni člankov so preostali raziskovalci preverili ocene ter skupaj razrešili morebitne nejasnosti.

Ekstrakcija podatkov

Ekstrakcija podatkov iz vključenih člankov je bila narejena po predhodno oblikovanih merilih, ki so zajemala avtorje, leto, državo, namen, vzorec, vrsta pregleda in glavne ugotovitve. Ekstrakcija podatkov iz vključenih člankov je prikazana v obliki tabele (Tabela 1).

Analiza in sinteza podatkov

Rezultate smo sintetizirali na podlagi rezultatov vključenih člankov z uporabo metode analize vsebine. V začetni fazi smo identificirali proste kode, sledilo je oblikovanje podkategorij. Te podkategorije smo nato grupirali ter jih medsebojno primerjali z namenom razvoja kategorij, kot to navajata Elo & Kyngäs (2008). Tovrstni induktivni analitični proces vključuje pripravo in organiziranje podatkov ter poročanje rezultatov v obliki sheme in izdelave poročila o rezultatih.

Rezultati

Identificirali smo skupno 242 člankov, izmed katerih smo v CINAHL Ultimate identificirali 120 člankov, v PubMed-u 11 člankov, v ScienceDirect-u 55 člankov, v Web of Science-u 33 člankov in v Cochrane Library 23 člankov, ter s pomočjo programa Mendeley izločili 14 duplikatov. Po odstranitvi duplikatov nam je za pregled ostalo 228 člankov. Na podlagi naslova in povzetka smo dodatno izločili še 201 članek. Preostalih 27 člankov smo v celoti pregledali. Izločili smo 20 člankov, ki niso

ustrezali iz naslednjih razlogov: neskladna tema ($n = 13$) in neustrezna populacija ($n = 7$). Tako je za končno analizo in sintezo ostalo 7 člankov. Potek krovnega pregleda literature je prikazan v diagramu PRISMA (Page et al., 2021) (Slika 1).

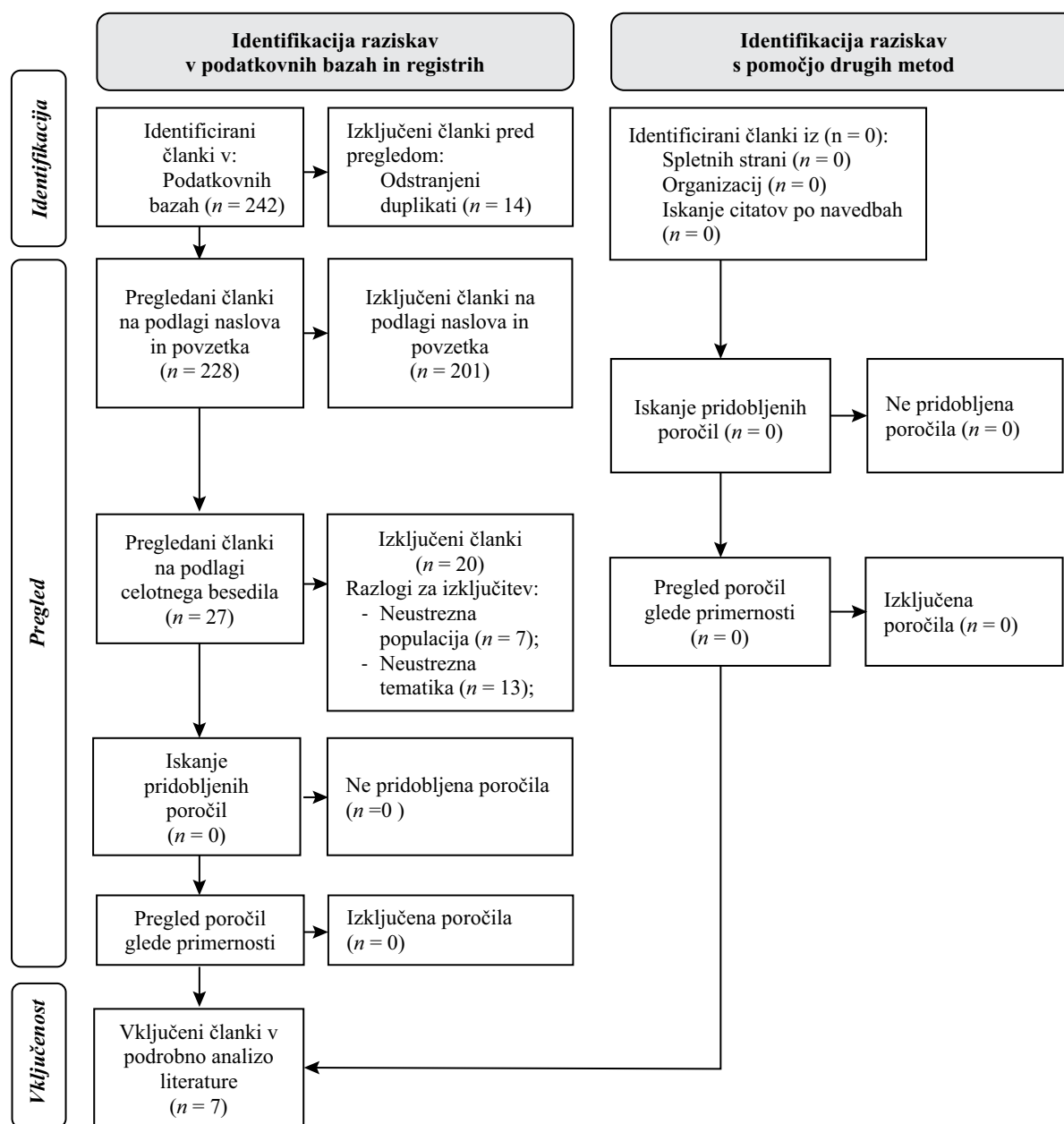
Viri Campbell et al. (2012); Cross et al. (2020); McGrattan et al. (2017); Tasai et al. (2019); Ulley et al. (2019); Verloo et al. (2017) so bili ocenjeni z visoko kakovostjo, medtem ko je ena raziskava (Ferdinand et al., 2017) bila ocenjena s srednjo kakovostjo. Kritično oceno kakovosti virov predstavlja Tabela 1.

V analizo identificiranih člankov smo vključili sedem člankov, od katerih so bili vsi sistematični pregledi randomiziranih kliničnih raziskav. Vseh sedem virov je glede na hierarhijo dokazov po Polit & Beck (2020) z ravni ena. Uporabljena metodologija, ki smo jo zajeli z vključenimi viri, je bilo 153 randomiziranih kliničnih raziskav, 10 opazovalnih in kohortnih raziskav ter tri kolaborativne klinične raziskave. Prikaz vseh vključenih člankov ter njihovih karakteristik prikazuje Tabela 2.

Na podlagi prostih kod smo identificirali štiri podkategorije: 1) zdravstvena vzgoja starejše osebe; 2) nadzor nad jemanjem zdravil; 3) uporaba dozatorjev za zdravila; 4) orodja za ocenjevanje sposobnosti adherence jemanja zdravil. V nadaljevanju smo oblikovali glavno kategorijo, imenovano »pristopi k izboljšanju učinkovitosti uporabe zdravil pri starejših osebah« (Slika 2).

Podkategorija »zdravstvena vzgoja starejših oseb« je sestavljena iz naslednjih elementov: 1) razlaga zdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester o zdravljenju ter njihovem delovanju, 2) svetovanje in poučevanje o vrsti zdravil, načinu jemanja, učinkih zdravil ter ukrepanju ob pojavu neželenih učinkov, 3) pisne in ustne informacije, navodila, letaki ter zloženke o pravilnem jemanju zdravil, 4) poenostavljanje razlage o jemanju zdravil (Cross et al., 2020; Ferdinand et al., 2017; Verloo et al., 2017). Prav tako so izrednega pomena motivacijski intervjuji s starejšo osebo o njihovi bolezni in posledicah neupoštevanja navodil, dani preko telefona ali ob obisku doma od medicinskih sester o jemanju zdravil (Campbell et al., 2012; Cross et al., 2020; Ferdinand et al., 2017; Verloo et al., 2017). Ferdinand et al. (2017) poudarjajo učinkovitost uporabe programa Sentinel, ki je usmerjen v izboljšanje poznavanje zdravil, kar ima za posledico tudi izboljšanje pravilne adherence predpisanih zdravil.

»Nadzor nad jemanjem zdravil«, ki je druga podkategorija, vsebuje 1) nadzor zdravnikov in farmacevtov nad jemanjem zdravil, 2) spremljanje adherence jemanja zdravil s povratnimi informacijami (od zdravnika, farmacevta in medicinske sestre) bodisi preko telefona ali na domu starejših oseb, 3) nadzor nad zmožnostjo samostojnega jemanja zdravil, 4) obiski medicinskih sester na domu starejših oseb, 5) spremljanje pojavnosti neželenih učinkov zdravil



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

pri starejših osebah (Campbell et al., 2012; Tasai et al., 2019). Kot učinkovita se je pokazala tudi vključitev interdisciplinarnega tima v obravnavo starejših oseb, kar pomeni vključitev zdravnikov, medicinskih sester in farmacevtov v njihovo obravnavo (Cross et al., 2020; Verloo et al., 2017); uporaba opomnikov za jemanje zdravil na telefonu ali elektronskih napravah (mobilne aplikacije, SMS sporočila); telefonski klici zdravstvenih delavcev (Cross et al., 2020; Ferdinand et al., 2017; Verloo et al., 2017).

Tretja podkategorija, »uporaba dozatorjev za zdravila«, je sestavljena iz naslednjih elementov 1) tedenski dozator, 2) dnevni dozator za zdravila; 3)

avtomatski razdelilnik zdravil, 4) tridimenzionalni podajalniki zdravil (Campbell et al., 2012; Cross et al., 2020; Verloo et al., 2017). Tudi uporaba pisnih obvestil, v elektronski ali papirnati obliki, uporaba spletnega osebnega opomnika; uporaba koledarja – opomnika, uporaba seznama zdravil, uporaba velikih tiskanih nalepk ter barvnih nalepk na zdravilih, sprememba embalaže pakiranja zdravila starejšim osebam v prilagojeni obliki, načrtovanje odmerkov zdravil ob primernem času in upoštevanje navodil jemanja zdravil (Campbell et al., 2012; Cross et al., 2020; Ferdinand et al., 2017; Verloo et al., 2017) so izrednega pomena pri povečanju adherence jemanja zdravil.

Tabela 1: Kritična ocena kakovosti vključenih virov

Ocenjevalna lestvica JBI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Ocena kakovosti
Vključeni članki (n = 7)												
Cross et al. (2020)	—	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Visoka kakovost (9 točk)
Ulley et al. (2019)	—	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Visoka kakovost (9 točk)
Tasai et al. (2019)	—	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Visoka kakovost (9 točk)
Verloo et al. (2017)	—	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Visoka kakovost (9 točk)
Campbell et al. (2012)	—	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Visoka kakovost (9 točk)
Ferdinand et al. (2017)	—	?	?	?	?	+	?	+	+	+	+	Srednja kakovost (5 točk)
McGrattan et al. (2017)	—	?	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Visoka kakovost (9 točk)

Legenda: + – Ja; — – Ne; ? – Ni podano jasno. 1. Ali je raziskovalno vprašanje jasno definirano?; 2. Ali so vključeni kriteriji primerni oz. skladni z raziskovalnim vprašanjem?; 3. Ali je iskalna strategija ustrezna?; 4. Ali so bile vključene primerne podatkovne baze in viri?; 5. Ali so bila merila za ocenjevanje raziskave ustrezna?; 6. Ali je bila kritična ocena narejena neodvisno, sta bila dva ali več recenzentov?; 7. Ali so navedene metode za zmanjševanje napak pri pridobivanju podatkov?; 8. Ali so bile uporabljene primerne metode za združevanje študije?; 9. Ali je bila ocenjena pristranskost objave?; 10. Ali so bila podana priporočila za zdravstveno politiko in/ali prakso podprta glede na rezultate?; 11. Ali so bili podani nadaljnji predlogi za raziskovanje?

Tabela 2: Karakteristike vključenih člankov

Avtor, leto, država	Metodologija	Vrsta raziskave	Glavne ugotovitve
Campbell et al. (2012), Združene države Amerike	n = 3 (RCT)	sistematični pregled z raziskavami RCT	Kognitivne sposobnosti starejših oseb, stopnja zdravstvene pismenosti, zaskrbljenost zaradi morebitnih stranskih učinkov zdravil in finančne težave predstavljajo pomembne izzive pri izboljšanju adherence zdravil. Raziskave so pokazale, da je uporaba telefonskih in vizualnih sistemov za izboljšanje adherence jemanja zdravil učinkovita metoda.
Cross et al. (2020), Avstralija	n = 50 (RCT)	sistematični pregled z raziskavami RCT	Uporaba vedenjskih pristopov za izboljšanje pristopa adherence jemanja zdravil (nadzor starejše osebe na daljavo z elektronskimi napravami ter vključitev zdravnika ter medicinske sestre. Uporaba izobraževalnih pristopov (razlaga farmacevta, medicinske sestre ter zdravnika o zdravilih, njihovih učinkih ter posledic nejeemanja zdravil) za izboljšanje adherence jemanja zdravil.
Ferdinand et al. (2017), Združene države Amerike	n = 70 (RCT)	sistematični pregled z raziskavami RCT	Zdravstvena vzgoja starejše osebe o njeni bolezni, zdravilih ter učinkih je izboljšala njihovo zdravstveno pismenost. Slabše socialno-ekonomsko okolje nekaterih starejših oseb je povzročilo uporabo cenejših generičnih zdravil. Uporaba programa Sintel za spremljanje adherence jemanja zdravil je vplivala na adherenco jemanja zdravil.
McGrattan et al. (2017), Irska	n = 3 (RCT)	sistematični pregled z raziskavami RCT	Izobraževanje starejših oseb o njihovih predpisanih zdravilih ter neželenih učinkih je izboljšalo poznavanje zdravil ter posledično privedlo do povečanja adherence jemanja zdravil. Zdravstveni delavci se morejo pogovoriti s starejšo osebo v primeru pojava težav o jemanju zdravil, kar lahko omogoči starejši osebi, da razpravlja o težavah pri upoštevanju terapije.
Tasai et al. (2019), Tajska	n = 4 (RCT)	sistematični pregled z raziskavami RCT	Redno pregledovanje vrste in količine predpisanih zdravil ter izobraževanje starejše osebe od farmacevtov in zdravnikov so pomembno izboljšali adherenco jemanja zdravil ter varnost starejše osebe.
Ulley et al. (2019), Združeno kraljestvo in Severna Irska	n = 22 (12 RCT- in 10 opazovalnih kohortnih raziskav)	sistematični pregled z RCT- opazovalnih kohortnih raziskavami	Izboljšanje zdravstvene pismenosti s pomočjo informiranja starejše osebe od zdravnikov, medicinskih sester ter farmacevtov o njihovi bolezni in predpisanih zdravilih. Poudarjen je pomen interdisciplinarnega pristopa različnih strokovnjakov zdravstvenih strok.
Verloo et al. (2017), Švica	n = 14 (11 RCT in 3 kolaborativne klinične raziskave)	sistematični pregled z RCT- ter kolaborativnimi raziskavami	Identificirani pristopi, v katerih so sodelovale medicinske sestre, so: obiski starejših oseb na domu, celovita ocena sposobnosti samostojnega jemanja predpisanih zdravil, izobraževanje starejše osebe o zdravilih, urniki jemanja zdravil, uporaba elektronskih dozirnikov tablet, ustni ter pisni opomniki preko telefona.

Legenda: n – velikost vzorca; RCT – randomizirane klinične raziskave



Slika 2: Sinteza izbranih člankov

V četrto podkategorijo, »orodja za ocenjevanje sposobnosti adherence jemanja zdravil«, so bila vključena orodja za oceno samostojnosti starejše osebe za adherenco jemanja zdravil. Med ta orodja spadajo Study-Specific Adherence Scale in The Medication Event Monitoring System (MEMS) (Campbell et al., 2012; Verloo et al., 2017). Pomembna je ocena sposobnosti samostojnega obvladovanja adherence zdravil in uporaba dnevnika zdravil, ki ga izpolni starejša oseba ob zaužitju zdravil (Campbell et al., 2012; Cross et al., 2020; Verloo et al., 2017). Campbell et al. (2012) in Verloo et al. (2017) poudarjajo naslednja orodja za merjenje adherence, in sicer: Medication Adherence Rating Scale; Morisky Medication Adherence Scale; Brief Medication Questionnaire; in Medical Outcome Study-Specific Adherence Scale.

Pomembni so tudi preizkus spretnosti, ki ocenjujejo sposobnost odpiranja embalaže, ocena vedenja pri jemanju zdravil; ocena pomanjkljivosti rokovanja z zdravili pri starejših (MedMaIDE) (Cross et al., 2020).

Diskusija

S krovnim pregledom literature smo ugotovili pristope, ki prispevajo k povečanju adherence jemanja zdravil pri starejših osebah. Ugotovili smo, da so pristopi, ki prispevajo k izboljšanju adherence jemanja zdravil, predvsem naslednji: zdravstvena vzgoja

starejše osebe, nadzor nad jemanjem zdravil, uporaba dozatorjev za zdravila in orodja za ocenjevanje sposobnosti adherence jemanja zdravil.

Za starejšo osebo sta izrednega pomena zdravstvena vzgoja in njegova zdravstvena pismenost (Lima et al., 2024; Schönfeld et al., 2021). To pomeni, da je starejša oseba poučena o svoji bolezni in zdravilih, načinih delovanja zdravil ter posledicah nejejanja zdravil z vidika mnenja zdravnikov, farmacevtov ter medicinskih sester (Hyvert et al., 2023). Zdravstveni delavci morajo starejšo osebo poučiti o njeni bolezni, posledicah neadherentnosti jemanja zdravil ter vplivih zdravil na njegov organizem in mogočih stranskih učinkih (Hyvert et al., 2023; Lima et al., 2024).

Nadalje je pomemben nadzor nad adherenco zdravil pri starejših osebah, ki niso pod strokovnim nadzorom zdravstvenih delavcev, zato imajo ključno vlogo medicinske sestre, kot svojci oz. njej pomembni drugi in mogoči laični oskrbovalci. Le tam so ti v neposrednem stiku s starejšo osebo ter lahko v zelo kratkem času opazijo učinek zdravil na starejšo osebo ter mu dajejo predpisana zdravila v ustrezni dozi in ob pravem času, na pravilen način ter pravilo opazovanja (Félix, & Henriques 202; Yang et al., 2022). Lahko se zaplete, ko se starejšo osebo iz hospitalnega okolja napoti v domačo oskrbo, kjer neposrednega in stalnega, kontinuiranega nadzora več ni (Tomlinson et al., 2020). Zato je izrednega pomena, da patronažne medicinske sestre starejšo osebo

obiščejo tudi doma, ji razložijo vsa predpisana zdravila, ga poučijo o zdravilnih ter neželenih učinkih in mu svetujejo, kako se najbolj učinkovito drži predpisanega režima jemanja zdravil (Campbell et al., 2012; McGrattan et al., 2017; Verloo et al., 2017). Če je podana možnost, je lahko digitalna tehnologija v podporo delu patronažne medicinske sestre na domu starejših oseb. Glede na ugotovitve Bertolazzi et al. (2024); Kleiven et al. (2020) in Terp et al. (2021) lahko starejše osebe uporabijo digitalno tehnologijo, kot je npr. telefon ali videokonferenčne aplikacije, če imajo znanje za njihovo uporabo. Po telefonu lahko zdravstveni delavci starejšo osebo opozorijo ter obvestijo, kdaj je ustrezen čas za jemanje predpisanih zdravil ter katera zdravila mora zaužiti in koliko (Kaveh et al., 2023). Izredno učinkovita je uporaba elektronskih dozirnikov tablet ter škatlic za jemanje zdravil skozi celoten teden (Kleiven et al., 2020). Pomembno je, da dobi starejša oseba predpisana zdravila, ki ustrezajo njemu, torej da so individualno predpisana glede na njegovo zdravstveno stanje in potrebe (Tasai et al., 2019; Ulley et al., 2019). Pri zagotavljanju rednega jemanja in upoštevanja adherence zdravil pri starejših osebah je pomembno upoštevati individualne potrebe, omejitve in zmožnosti samostojnega jemanja zdravil starejših oseb ter da se jim zagotovijo pristopi, ki so nujni za dosledno upoštevanje adherence jemanja zdravil.

Prednost našega krovnega pregleda literature je v tem, da smo zajeli širok spekter razpoložljivih virov in virov ter združili rezultate več pregledanih virov v celovito analizo in sintezo. Ta način nam je omogočil, da smo identificirali in sintetizirali ključne ugotovitve iz več različnih virov ter ponudili celovit pregled trenutnega stanja preglednih virov našega obravnavanega področja. Vendar obstajajo tudi nekatere omejitve našega krovnega pregleda. Čeprav smo imeli dostop do širokega nabora preglednih člankov, so bili nekateri pomembni članki verjetno izključeni na podlagi naših vključitvenih kriterijih, in ker smo iskali vire, napisane v angleščini, nemščini in slovenščini. V pregled smo vključili le sistematične preglede s posebnimi uporabljenimi iskalnimi izrazi. Slabost je, da morda nismo pregledali vseh relevantnih člankov, saj bi lahko uporabili dodatne iskalne sopomenke. Kljub temu menimo, da so identificirani viri dovolj zanesljivi, da lahko podprejo naše rezultate. Ocena kakovosti je bila opravljena z ocenjevalnim orodjem Joanna Briggs, ki je uporabno orodje, čeprav bi lahko njegovo zanesljivost izboljšali z dodatno oceno metodološke kakovosti vključenih raziskav (Souto et al., 2015). Zavedamo se, da z analizo pristopov nismo prikazali celotnega vidika in zastopanosti adherence jemanja zdravil pri starejših osebah.

Zaključek

Na podlagi krovnega pregleda literature smo identificirali več pristopov, ki lahko pomembno prispevajo k izboljšanju upoštevanja adherence jemanja zdravil pri starejših osebah, še posebej tistih, ki bivajo

v domačem okolju. Med ključnimi pristopi, ki smo jih identificirali, so zdravstvena vzgoja starejše osebe, nadzor nad jemanjem zdravil, uporaba dozirnikov za predpripravo zdravil in orodja za ocenjevanje sposobnosti samostojnega jemanja zdravil in adherence. Ti pristopi ponujajo dragocene uvide v načine, kako izboljšati upoštevanje adherence jemanja zdravil pri starejših osebah in lahko pomagajo k boljšemu zdravstvenemu stanju ter kakovosti življenja le teh.

Kljub temu je treba opozoriti na potrebo po nadaljnjih raziskavah in poglobljeni preučitvi teh pristopov, da bi bolje razumeli njihove učinke na konkretno populacijo starejših oseb. V prihodnosti bi se lahko osredinili na preučevanje specifičnih učinkov teh pristopov na skupine starejših oseb z različnimi zdravstvenimi stanji ter različnimi stopnjami zdravstvene pismenosti.

S temi nadaljnjimi raziskavami lahko poglobimo naše razumevanje in izboljšamo prakso ter ponudimo bolj prilagojene in učinkovite pristope za izboljšanje upoštevanja adherence jemanja zdravil pri starejših osebah.

Nasprotje interesov

Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov.

Financiranje

Raziskava ni bila finančno podprta.

Etika raziskovanja

Pridobitev soglasja ni bilo potrebno.

Prispevek avtorjev

SK: Uvod, Metode, Rezultati, Diskusija in zaključki

ZF: Uvod, Metode, Diskusija in zaključki

NMR: Metode, Rezultati

TD: Uvod, Rezultati, Diskusija in zaključki

JČK: Metode

JM: Diskusija in zaključki

Literatura

Al Bawab, A. Q., Al-Qerem, W., Abusara, O., Alkhatib, N., Mansour, M., & Horne, R. (2021). What are the factors associated with nonadherence to medications in patients with chronic diseases? *Healthcare*, 9(9), Article 1237.

<https://doi.org/10.3390/healthcare9091237>

PMid:34575011; PMCID:PMC8469667

Alnijadi, A. A., Yuan, J., Wu, J., Li, M., & Lu, Z. K. (2021). Cost-Related Medication Nonadherence (CRN) on healthcare utilization and patient-reported outcomes: Considerations in managing medicare beneficiaries on antidepressants. *Frontiers in Pharmacology*, 12, Article 764697.

<https://doi.org/10.3389/fphar.2021.764697>

PMid:34950029; PMCID:PMC8688804

- Anderson, L. J., Nuckols, T. K., Coles, C., Le, M. M., Schnipper, J. L., Shane, R., Jackevicius, C., Lee, L., Pevnick, Members of the PHARM-DC Group (2020). A systematic overview of systematic reviews evaluating medication adherence interventions. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 77(2), 138–147.
<https://doi.org/10.1093/ajhp/zxz284>
PMid:31901098; PMCID:PMC6946938
- Bertolazzi, A., Quaglia, V., & Bongelli, R. (2024). Barriers and facilitators to health technology adoption by older adults with chronic diseases: An integrative systematic review. *BMC Public Health*, 24(1), Article 506.
<https://doi.org/10.1186/s12889-024-18036-5>
PMid:38365698; PMCID:PMC10873991
- Campbell, N. L., Boustani, M. A., Skopelja, E. N., Gao, S., Unverzagt, F. W., & Murray, M. D. (2012). Medication adherence in older adults with cognitive impairment: A systematic evidence-based review. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 10(3), 165–177.
<https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2012.04.004>
PMid:22657941
- Chew, S. M., Lee, J. H., Lim, S. F., Liew, M. J., Xu, Y., & Towle, R. M. (2021). Prevalence and predictors of medication non-adherence among older community-dwelling people with chronic disease in Singapore. *Journal of Advanced Nursing*, 77(10), 4069–4080.
<https://doi.org/10.1111/jan.14913>
PMid:34061364
- Costa, E., Giardini, A., Savin, M., Menditto, E., Lehane, E., Laosa, O., Pecorelli, S., Monaco, A., & Marengoni, A. (2015). Interventional tools to improve medication adherence: Review of literature. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1303–1314.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S87551>
PMid:26396502; PMCID:PMC4576894
- Cross, A. J., Elliott, R. A., Petrie, K., Kuruvilla, L., & George, J. (2020). Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), Article Cd012419.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012419.pub2>
PMid:32383493; PMCID:PMC7207012
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
PMid:18352969
- Félix, I. B., & Henriques, A. (2021). Medication adherence and related determinants in older people with multimorbidity: A cross-sectional study. *Nursing Forum*, 56, 834–843
<https://doi.org/10.1111/nuf.12619>
PMid:34076260
- Ferdinand, K. C., Senatore, F. F., Clayton-Jeter, H., Cryer, D. R., Lewin, J. C., Nasser, S. A., Fiuzat, M., & Califf, R. M. (2017). Improving medication adherence in cardiometabolic disease: Practical and regulatory implications. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(4), 437–451.
<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.11.034>
PMid:28126162; PMCID:PMC5604316
- Foley, L., Larkin, J., Lombard-Vance, R., Murphy, A.W., Hynes, L., Galvin, E., & Molloy, G. J. (2021). Prevalence and predictors of medication non-adherence among people living with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 11, Article e044987.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044987>
PMid:34475141; PMCID:PMC8413882
- Holbrook, A. M., Wang, M., Lee, M., Chen, Z., Garcia, M., Nguyen, L., Ford, A., Manji, S., & Law, M. R. (2021). Cost-related medication nonadherence in Canada: A systematic review of prevalence, predictors, and clinical impact. *Systematic Reviews*, 10(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1186/s13643-020-01558-5>
PMid:33407875; PMCID:PMC7788798
- Hyvert, S., Yailian, AL., Haesebaert, J., Emmanuelle, V., Chapurlat, R., Dussart, C., De Freminville, H., & Janoly-Dumenil, A. (2023). Association between health literacy and medication adherence in chronic diseases: A recent systematic review. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 45, 38–51.
<https://doi.org/10.1007/s11096-022-01470-z>
PMid:36369411
- Jetha, S. (2015). Polypharmacy, the elderly, and deprescribing. *The Consultant Pharmacist*, 30(9), 527–532.
<https://doi.org/10.4140/TCP.n.2015.527>
PMid:26350893
- Kaveh, M. H., Kaveh, S., & Faradonbeh, M. R. (2023). Mobile health-based interventions in self-care and treatment adherence in older people: A review study. *International Journal*, 1, Article e6.
<https://doi.org/10.34172/ija.2023.e6>
- Kim, J., & Parish, A. L. (2017). Polypharmacy and medication management in older adults. *Nursing Clinics of North America*, 52(3), 457–468.
<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.007>
PMid:28779826
- Kleiven, H. H., Ljunggren, B., & Solbjør, M. (2020). Health professionals' experiences with the implementation of a digital medication dispenser in home care services: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 20, Article 320.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05191-9>
PMid:32299431; PMCID:PMC7164267
- Krause, O., Picksak, G., & Junius-Walker, U. (2017). Polypharmazie: Lösungswege für eine verbesserte Arzneimitteltherapiesicherheit. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 142, 1046–1053.
<https://doi.org/10.1055/s-0043-100125>
PMid:28728199

- Li, Y., Schoufour, J., Wang, D. D., Dhana, K., Pan, A., Liu, X., Song, M., Liu, G., Shin, H. J., Sun, Q., Al-Shaar, L., Wang, M., Rimm, E. B., Hertzmark, E., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Franco, O. H., & Hu, F. B. (2020). Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: Prospective cohort study. *BMJ*, 368, Article l6669. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6669>
- Macrotrends (2024, February 24). *Slovenia Life Expectancy 1950–2024*. Macrotrends. <https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/SVN/slovenia/life-expectancy>
- McGrattan, M., Ryan, C., Barry, H. E., & Hughes, C. M. (2017). Interventions to improve medicines management for people with dementia: A systematic review. *Drugs and Aging*, 34(12), 907–916. <https://doi.org/10.1007/s40266-017-0505-3> PMID:29177770
- Moßhammer, D., Haumann, H., Mörike, K., & Joos, S. (2016). Polypharmazie: Tendenz steigend, folgen schwer kalkulierbar. *Deutsches Arzteblatt international*, 113, 627–633. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0627> PMID:27743469; PMCID:PMC5078862
- 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. *BMJ*, 372, Article n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pereira, F., Meyer-Massetti, C., del Río Carral, M., Von Gunten, A., Wernli, B., & Verloo, H. (2023). Development of a patient-centred medication management model for polymedicated home-dwelling older adults after hospital discharge: Results of a mixed methods study. *BMJ open*, 13(9), Article e072738. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072738> PMID:37730411; PMCID:PMC10514617
- Pietrzykowski, L., Michalski, P., Kosobucka, A., Kasprzak, M., Fabiszak, T., Stolarek, W., Siller-Matula, J. M., & Kubica, A. (2020). Medication adherence and its determinants in patients after myocardial infarction. *Scientific Reports*, 10, Article 12028. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68915-1> PMID:32694522; PMCID:PMC7374107
- Polit, D. F., & Beck, T. C. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Porritt, K., Gomersall, J., & Lockwood, C. (2014). JBI's Systematic reviews: Study selection and critical appraisal. *American Journal of Nursing*, 114(6), 47–52. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000450430.97383.64> PMID:24869584
- Schönfeld, M. S., Pfisterer-Heise, S., & Bergelt, C. (2021). Self-reported health literacy and medication adherence in older adults: A systematic review. *BMJ Open*, 11, Article e056307. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056307> PMID:34916329; PMCID:PMC8679075
- Scott, I. A., Hilmer, S. N., Reeve, E., Potter, K., Le Couteur, D., Rigby, D., Gnjdjic, D., Del Mar, C. B., Roughead, E. E., Page, A., Jansen, J., & Martin, J. H. (2015). Reducing inappropriate polypharmacy: The process of deprescribing. *JAMA Internal Medicine*, 175(5), 827–834. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324> PMID:25798731
- Tasai, S., Kumpat, N., Dilokthornsakul, P., Chaiyakunapruk, N., Saini, B., & Dhippayom, T. (2021). Impact of medication reviews delivered by community pharmacist to elderly patients on polypharmacy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Patient Safety*, 17(4), 290–298. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000599> PMID:30920431
- Teixeira, S. M. A., Coelho, J. C. F., Sequeira, C., Lluch, I. C. M. T., & Ferré-Grau, C. (2019). The effectiveness of positive mental health programs in adults: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), 1126–1134. <https://doi.org/10.1111/hsc.12776> PMID:31144395
- Terp, R., Kayser, L., & Lindhardt, T. (2021). Older patients' competence, preferences, and attitudes toward digital technology use: Explorative study. *JMIR Human Factors*, 8(2), Article e27005. <https://doi.org/10.2196/27005> PMID:33988512; PMCID:PMC8164121
- Tomlinson, J., Cheong, V. L., Fylan, B., Silcock, J., Smith, H., Karban, K., & Blenkinsopp, A. (2020). Successful care transitions for older people: A systematic review and meta-analysis of the effects of interventions that support medication continuity. *Age and ageing*, 49(4), 558–569. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa002> PMID:32043116; PMCID:PMC7331096
- Ulley, J., Harrop, D., Ali, A., Alton, S., & Fowler Davis, S. (2019). Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(1), Article 15. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1031-4> PMID:30658576; PMCID:PMC6339421
- Verloo, H., Chiolerio, A., Kiszio, B., Kampel, T., & Santschi, V. (2017). Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: A systematic review. *Age and Ageing*, 46(5), 747–754. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx076> PMID:28510645

Wilson, T. E., Hennessy, E. A., Falzon, L., Boyd, R., Kronish, I. M., & Birk, J. L. (2020). Effectiveness of interventions targeting self-regulation to improve adherence to chronic disease medications: A meta-review of meta-analyses. *Health Psychology Review*, 14(1), 66–85.

<https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1706615>

PMid:31856664; PMCID:PMC7254887

Yang, C., Zhu, S., Lee, D. T. F., & Chair, S. Y. (2022). Interventions for improving medication adherence in community-dwelling older people with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 126, Article 104154.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104154>

PMid:34953373

Zafari Nobari, S., Vasli, P., Hosseini, M., & Nasiri, M. (2021). Improving health-related quality of life and adherence to health-promoting behaviors among coronary artery bypass graft patients: A non-randomized controlled trial study. *Quality of Life Research*, 30, 769–780.

<https://doi.org/10.1007/s11136-020-02675-3>

PMid:33064290

Zelko, E., Klemenc-Ketis, Z., & Tusek-Bunc, K. (2016). Medication adherence in elderly with polypharmacy living at home: A systematic review of existing studies. *Materia Socio-Medica*, 28(2), 129–132.

<https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.129-132>

PMid:27147920; PMCID:PMC4851507

Citirajte kot/Cite as:

Kmetec, S., Fekonja, Z., Mlinar Reljić, N., Dervarič, T., Černe Kolarič, J., & Nerat, J. (2026). Pristopi za izboljšanje adherence jemanja zdravil pri starejših osebah: krovni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 60(3), 304–313. <https://doi.org/10.14528/snr.2026.60.3.3255>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Vloga zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klica z amok vsebino The role of emergency medical dispatcher in handling calls with amok content

Matevž Pucelj^{1,*}

Ključne besede: izredni dogodek; življenju nevaren dogodek; množična nesreča; nujna medicinska pomoč; komunikacija

Keywords: emergency; life-threatening event; mass casualty; emergency medical assistance; communication

¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Dispečerska služba zdravstva, Dispečerski center zdravstva Ljubljana, Bohoričeva ulica 4, 1000 Ljubljana, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
matevz.pucelj@kclj.si

IZVLEČEK

Uvod: Zdravstveni dispečer je pomemben člen začetnega odziva pri obravnavi klica ob sumu na amok dogodek. V kratkem času mora prepoznati naravo dogodka, pridobiti ključne informacije, aktivirati ustrezne ekipe ter sodelovati z drugimi intervencijskimi službami. Namen pregleda literature je bil analizirati vlogo zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klica ob sumu na amok dogodek ter opredeliti ključne ukrepe v začetni fazi odziva.

Metode: Izveden je bil pregled slovenske in tuje znanstvene ter strokovne literature. Iskanje je potekalo februarja 2025 v bazah PubMed, SpringerLink, Google Učenjak in COBISS.SI, skladno s priporočili PRISMA. Vključeni so bili viri, objavljeni med letoma 2018 in 2025, v slovenskem ali angleškem jeziku, dostopni v celotnem besedilu in vsebinsko povezani z obravnavano tematiko.

Rezultati: Identificiranih je bilo 884 zadetkov, v končno analizo pa vključenih 14 virov. S kvalitativno vsebinsko analizo so bile oblikovane tri kategorije: komunikacija zdravstvenega dispečerja ob izrednem dogodku, pripravljenost na izredni dogodek in tehnološka podpora. Ugotovitve kažejo, da učinkovita obravnava klica temelji na pravočasnemu prepoznavi dogodka, strukturirani komunikaciji, organizacijski pripravljenosti in zanesljivi tehnološki podpori.

Diskusija in zaključek: Vloga zdravstvenega dispečerja presega sprejem in posredovanje klica, saj vključuje oceno ogroženosti, podporo organizaciji odziva, medresorsko usklajevanje in zagotavljanje varnosti ekip nujne medicinske pomoči.

ABSTRACT

Introduction: The emergency medical dispatcher plays a crucial role in the initial response to calls involving suspected mass-casualty incidents. Within a short period, they must identify the nature of the incident, gather key information, activate appropriate teams, and coordinate with other emergency services. The aim of this literature review was to analyse the role of the emergency medical dispatcher in handling calls related to suspected mass-casualty incidents and to identify key actions during the initial response phase.

Methods: A review of Slovenian and international scientific and professional literature was conducted. The literature search was carried out in February 2025 using the PubMed, SpringerLink, Google Scholar, and COBISS.SI databases, in accordance with PRISMA guidelines. The review included sources published between 2018 and 2025, in Slovenian or English, available in full text, and thematically relevant to the subject matter.

Results: A total of 884 records were identified, and 14 sources were included in the final analysis. Qualitative content analysis identified three categories: communication by the medical dispatcher during an emergency, preparedness for an emergency, and technological support. The findings indicate that effective call handling is based on timely event recognition, structured communication, organisational preparedness, and reliable technological support.

Discussion and conclusion: The role of the medical dispatcher goes beyond merely receiving and routing calls; it involves assessing risk, supporting response operations, coordinating across agencies, and ensuring the safety of emergency medical teams.



Prejeto/Received: 23. 4. 2025
Sprejeto/Accepted: 15. 7. 2026

© 2026 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

Množični nasilni dogodki, kot so strelski pohodi, napadi aktivnega strelca in nekatera teroristična dejanja, predstavljajo pomemben javnozdravstveni in varnostni izziv, saj lahko v kratkem času povzročijo veliko število mrtvih in poškodovanih (Kvržić, 2018; Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah, 2013). Takšni dogodki zahtevajo hitro, usklajeno in varno delovanje vseh interventnih služb, pri čemer je začetna faza prepoznavne dogodka ključna za nadaljnji potek ukrepanja. V primeru izrednih dogodkov se v pristojnem dispečerskem centru zdravstva (DCZ) oblikuje regijska koordinacijska skupina zdravstva (RKSZ), v katero se vključita dva zdravstvena dispečerja (ZdrDis) in zdravnik konzultant. Posledično je treba DCZ razdeliti na dva dela: prvi pokriva redno delo, drugi pa delo izrednega dogodka. Poskrbeti je treba za zadostno število zaposlenih in vpoklicati ZdrDis od doma (Fink, 2015; Pravilnik o dispečerski službi zdravstva, 2017).

V zadnjih desetletjih je svet zaznamovalo več množičnih nasilnih dogodkov, kot so streljanje v šoli v Winnendnu leta 2009, napadi v Oslu leta 2011 ter napad z vozilom v Nici leta 2016. Ti primeri potrjujejo, da se tovrstni dogodki lahko zgodijo tudi v okoljih, ki sicer veljajo za relativno varna, zato je stalna pripravljenost intervencijskih služb nujna (Alpert & Kohn, 2023; Planinšič, 2015).

Čeprav Slovenija velja za varno državo, posamezni nasilni incidenti in grožnje kažejo, da tveganja za takšne dogodke ni mogoče povsem izključiti (Črešnar, 2022; Krobe & Ilić, 2024). Med odmevnejšimi primeri so strelski pohod v izolski bolnišnici leta 2016 ter več groženj z napadi na vzgojno-izobraževalne ustanove v zadnjih letih (Kolednik & Vovk, 2016). Pri tem večinoma prevladujejo predvsem grožnje z napadi, ki jih pristojni organi uspešno preprečujejo. Med primeri tovrstnih dogodkov najdemo preprečen načrt množičnega poboja leta 2021 (Bašič, 2021), grožnjo s streljanjem na srednji šoli leta 2024 (Lovšin, 2024) ter obsežno grožnjo z nameščenimi eksplozivnimi napravami na 383 slovenskih šolah in vrtcih v začetku leta 2025 (Pavlin & Zupan, 2025). Dogodki v širši regiji, kot so napad na Dunaju leta 2020 (Bey & Albert, 2020), streljanje v osnovni šoli v Srbiji leta 2023 (Stojiljković & Blažanin, 2024) in strelski napad v domu za starejše na Hrvaškem leta 2024 (Rhoden-Paul, 2024), dodatno opozarjajo, da morajo biti tudi slovenske službe zaščite, reševanja in nujne medicinske pomoči pripravljene na pravočasen in učinkovit odziv (Krobe & Ilić, 2024; Wurmb et al., 2020).

V slovenskem strokovnem prostoru se za opis takšnih dogodkov uporablja tudi izraz amok dogodek. Ta označuje hudo obliko namernega ogrožanja človeških življenj, pri čemer eden ali več storilcev z uporabo strelnega orožja, eksplozivnih sredstev ali

drugih nevarnih predmetov ogroža življenje več oseb oziroma povzroča njihovo smrt ali poškodbe (Cunder et al., 2017; Kompare, 2022; Kvržić, 2018; Planinšič, 2015; Raspotnik & Fink, 2021).

Pomembno vlogo v začetni fazi takšnega dogodka ima zdravstveni dispečer. Ta je pogosto prvi zdravstveni strokovnjak, ki prejme informacijo o dogodku, zato mora v zelo kratkem času zbrati ključne podatke, oceniti stopnjo ogroženosti, zagotoviti aktivacijo ustreznih ekip in sodelovati z drugimi pristojnimi službami, zlasti s policijo. V primeru izrednih dogodkov se v dispečerskem centru zdravstva organizira regijsko koordinacijsko skupino zdravstva, zaradi česar je treba delo centra prilagoditi rednim in izrednim obremenitvam ter zagotoviti zadostno število zaposlenih (Fink, 2015; Pravilnik o dispečerski službi zdravstva, 2017).

Obravnava klika ob sumu na amok dogodek je posebej zahtevna, ker so informacije pogosto nepopolne, dinamične in podane v okoliščinah velikega strahu, kaosa ali neposredne ogroženosti klicatelja. Zdravstveni dispečer mora ob sprejemu klika pridobiti osnovne podatke o lokaciji, naravi dogodka in času nastanka, hkrati pa preverjati dodatne informacije, kot so število storilcev, uporabljeno sredstvo, možne tarče, prisotnost poškodovanih in varnostne okoliščine na kraju dogodka. Posebej pomembna je tudi presoja nevarnosti za ekipe nujne medicinske pomoči, saj je treba upoštevati možnost prisotnosti sekundarnih eksplozivnih sredstev, več storilcev ali še vedno aktivne grožnje (Alpert & Kohn, 2023; Cunder et al., 2017).

Pri tem si zdravstveni dispečer pomaga s Slovenskim indeksom za nujno medicinsko pomoč, kjer se po začetni kartici in pridobljenih osnovnih podatkih usmeri na ustrezne protokole za večje nesreče. Vendar pa samo sledenje protokolu v takšnih primerih ni dovolj; nujna sta tudi strokovna presoja in učinkovito medsebojno usklajevanje z Operativno-komunikacijskim centrom policije ter drugimi interventnimi službami (Oven, 2020).

Problem, ki ga obravnava ta pregled literature, je zato povezan z zahtevno in odgovorno vlogo zdravstvenega dispečerja pri zgodnjem prepoznavanju amok dogodka ter pri izvajanju ukrepov, ki vplivajo na varnost ekip, hitrost odziva in učinkovitost nadaljnje obravnave.

Namen in cilji

Namen pregleda literature je analizirati vlogo zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klika ob sumu na amok dogodek ter opredeliti ključne ukrepe, ki jih izvaja v začetni fazi odziva. Cilj pregleda je identificirati, opisati in ovrednotiti ukrepe zdravstvenega dispečerja pri sprejemu, presoji in posredovanju klika z znaki amok dogodka ter njegovo vlogo pri aktivaciji in usklajevanju odziva z drugimi

službami. S tem namenom smo zastavili raziskovalno vprašanje: Katere ukrepe izvaja zdravstveni dispečer pri obravnavi klica ob sumu na amok dogodek?

Metode

Izvedli smo pregled literature s področja vloge zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klica ob sumu na amok dogodek. Pregled literature je potekal v skladu s priporočili PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page et al., 2021).

Metode pregleda

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela s pregledom literature. Iskanje literature je potekalo februarja 2025 v slovenskih in tujih bibliografskih ter podatkovnih bazah. Za iskanje literature v slovenskem jeziku smo uporabili bazi Google Učenjak in COBISS. SI. Pri iskanju literature smo poleg izraza amok dogodek upoštevali tudi sorodne izraze, kot so strelski napad, strelski pohod in teroristični napad, saj se ti v literaturi pogosto uporabljajo za opis sorodnih nasilnih dogodkov. V Google Učenjaku smo iskali s kombinacijo ključnih besed *dispečer IN (»življenju nevarni dogodki« ALI amok)*. V bazi COBISS smo uporabili iskalno sintakso *dispečer IN (»strelski pohod« ALI »teroristični napad«)*. Za iskanje literature v angleškem jeziku smo uporabili podatkovni bazi PubMed in SpringerLink. V PubMedu smo uporabili kombinacijo ključnih besed *dispatcher AND (»shooting spree« OR »terrorist attack«)*, v bazi SpringerLink pa *»emergency dispatch« AND (»shooting spree« OR »terrorist attack«)*.

Vključitveni kriteriji so bili: vsebinska ustreznost glede na raziskovalni problem, dostopnost celotnega besedila, objava v slovenskem ali angleškem jeziku ter aktualnost vira. Izključitveni kriteriji so bili: vsebinska neustreznost, podvajanje zadetkov, nedostopnost celotnega besedila ter objave, ki niso obravnavale vloge zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klica ob nasilnem dogodku. Kriteriji vključevanja in izključevanja so prikazani v Tabeli 1.

Izbor literature je potekal v treh fazah. V prvi fazi smo pregledali naslove identificiranih zadetkov in izločili očitno neustrezne vire. V drugi fazi smo

pregledali izvlečke preostalih virov in izločili tiste, ki niso ustrezali vključitvenim kriterijem. V tretji fazi smo v celoti pregledali besedila izbranih virov ter v končno analizo vključili tiste, ki so po vsebini ustrezali raziskovalnemu vprašanju. Izbor literature je izvedel en raziskovalec po vnaprej določenih vključitvenih in izključitvenih kriterijih.

Rezultati pregleda

Potek iskanja in izbire literature smo prikazali z diagramom PRISMA (Slika 1). Skupno smo identificirali 884 zadetkov. Pred pregledom smo odstranili 45 dvojnikov, zato smo na podlagi naslova in izvlečka pregledali 839 zapisov. Po tej fazi smo izločili 820 zadetkov. V pregled celotnih besedil smo vključili 19 virov, od katerih smo po presoji ustreznosti izključili 5 virov zaradi neustrezne tematike. V končno analizo smo vključili 14 virov. Vključeni viri so predstavljeni v Tabeli 3.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

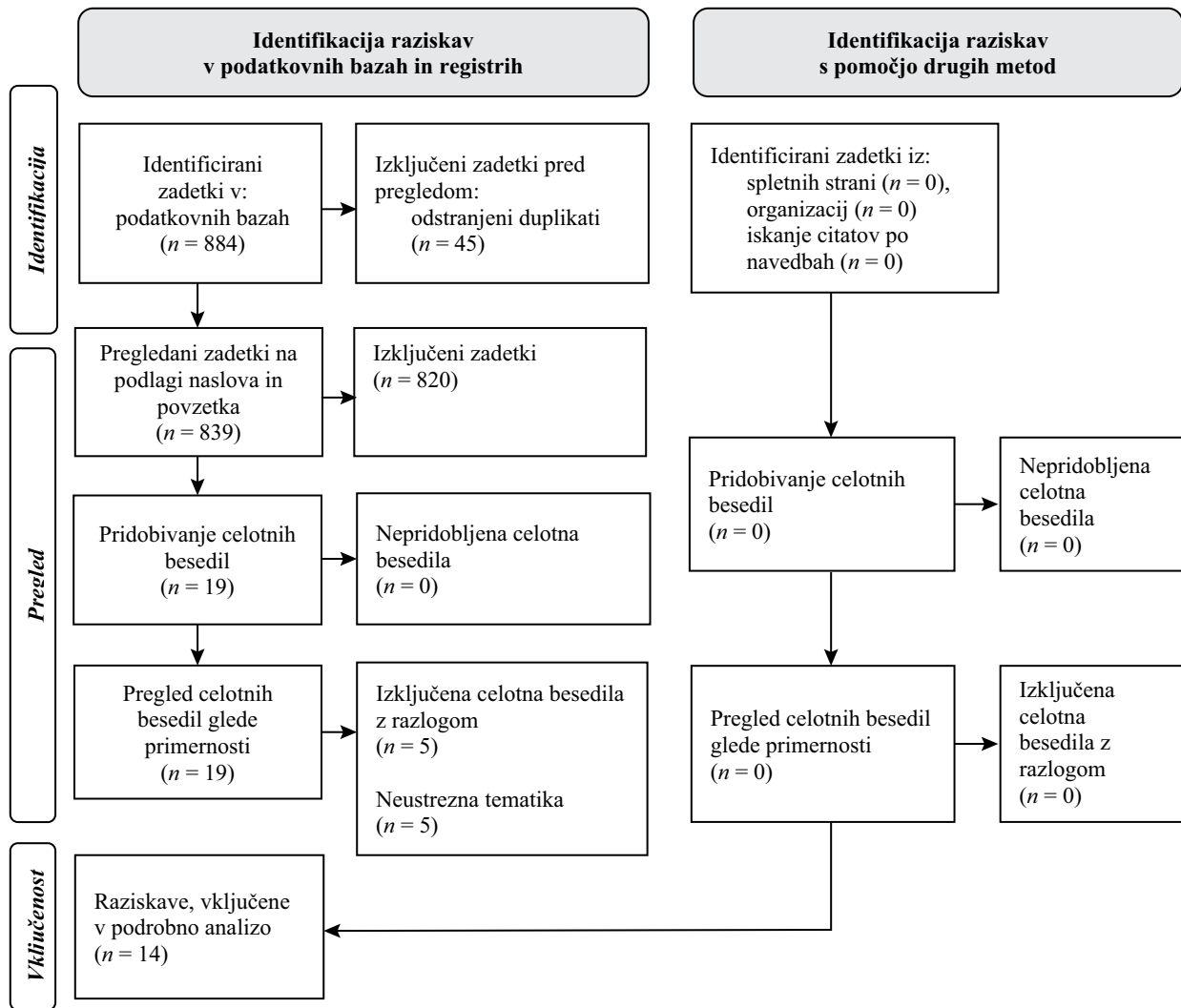
Raven dokazov vključenih virov smo ocenili s pomočjo hierarhije dokazov po Politu & Becku (2021). Pri razvrstitvi smo upoštevali vrsto raziskave in znanstveno raven posameznega vira. Namen te ocene je bil pridobiti vpogled v raven dokazov vključenih raziskav ter povečati metodološko preglednost pregleda literature. Rezultati razvrstitve po ravneh dokazov so prikazani v Tabeli 2.

Podatke iz vključenih virov smo pridobili z ekstrakcijo ključnih informacij, pomembnih za namen raziskave. Iz posameznih virov smo izluščili podatke o avtorjih, letu objave, vrsti raziskave, vsebinskem poudarku raziskave ter glavnih ugotovitvah, povezanih z vlogo zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klica ob sumu na amok dogodek. Vključeni so bili le viri, ki so bili vsebinsko skladni z raziskovalnim vprašanjem.

Za sintezo podatkov smo uporabili metodo kvalitativne vsebinske analize. Analiza je temeljila na postopku kodiranja po Kordeš & Smrdu (2015). Iz vključenih virov smo izluščili vsebinsko relevantne enote, jih kodirali ter sorodne kode združevali v vsebinske kategorije glede na raziskovalni problem. Oblikovali smo kategorije, povezane s komunikacijo, pripravljenostjo na izredni dogodek in uporabo

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Kriterij	Vključitveni kriterij	Izključitveni kriterij
Tema	Obravnavi klica ob sumu na amok dogodek oziroma sorodne oblike množičnega nasilnega dogodka.	/
Časovni okvir	2018–2025.	Objavljena pred letom 2018.
Jezik	Slovenski, angleški.	Drugi jeziki.
Dostop	Polno dostopna besedila.	Nepopolno dostopna besedila.



Slika 1: Diagram PRISMA

tehnologije pri delu zdravstvenega dispečerja. Kategorije so prikazane v Tabeli 4. Kvalitativna vsebinska analiza je potekala v šestih korakih: (1) urejanje gradiva, (2) določitev enot kodiranja, (3) kodiranje, (4) izbor in opredelitev relevantnih pojmov ter oblikovanje kategorij, (5) definiranje kategorij in (6) oblikovanje končne teoretične formulacije.

Rezultati

V končno analizo smo vključili 14 virov, ki so ustrezali vključitvenim kriterijem. Glede na hierarhijo dokazov po Polit & Beck (2021) so bili v pregled vključeni en sistematični pregled, ena randomizirana raziskava, pet prospektivnih kohortnih raziskav, ena raziskava tipa *case-control*, dve presečni raziskavi ter štirje viri, uvrščeni med mnenja strokovnjakov oziroma poročila primerov. Takšna razporeditev kaže, da področje vloge zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klica ob sumu na amok dogodek temelji

predvsem na opazovalnih raziskavah, strokovnih analizah in opisih dobrih praks (Tabela 2).

S kvalitativno vsebinsko analizo smo identificirali 12 kod, ki smo jih razvrstili v tri osrednje kategorije: komunikacija zdravstvenega dispečerja ob izrednem dogodku, pripravljenost zdravstvenega dispečerja na izredni dogodek in tehnološka podpora zdravstvenemu dispečerju. Kategorije, pripadajoče kode in avtorji so prikazani v Tabeli 4, podrobnejši pregled vključenih virov pa v Tabeli 3.

Prva kategorija, komunikacija zdravstvenega dispečerja ob izrednem dogodku, vključuje kode, povezane s prepoznavo resnosti dogodka ob sprejemu intervencije, povezavo s terenom prek ustaljenih komunikacijskih poti, poročanjem in beleženjem podatkov o incidentu, komunikacijo z drugimi interventnimi službami, informiranjem javnosti ter uporabo neposrednih komunikacijskih kanalov, kot je rdeči telefon (Park & Grier, 2022; Schorscher et al., 2022; Wolin & Friedman, 2023; Wurmb et al., 2018;

Tabela 2: Hierarhija dokazov

Nivo		Število člankov	Avtorji
Nivo 1	Sistematični pregled	1	Schorscher et al., 2022
Nivo 2	Posamični, naključno kontrolirani preizkusi (randomizirana raziskava)	1	Miraki et al., 2022
Nivo 3	Posamični nenaključni preizkusi (nerandomizirana raziskava: kvazieksperiment)	0	/
Nivo 4	Posamična prospektivna kohortna raziskava	5	Hansen et al., 2023; Jaffe et al., 2024; Jimenez et al., 2019; Wurmb et al., 2018; Wurmb et al., 2024
Nivo 5	Posamična raziskava s kohortno skupino (<i>case-control</i> raziskava)	1	Wurmb et al., 2020
Nivo 6	Posamična presečna raziskava (npr. anketiranje)	2	Kvržić, 2018; Nilsen & Stene, 2023
Nivo 7	Posamična poglobljena kvalitativna raziskava	0	/
Nivo 8	Mnenja strokovnjakov, poročila primerov idr.	4	Alpert & Jaffe, 2025; Park & Grier, 2022; Puryear & Gnugnoli, 2023; Wolin & Friedman, 2023

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov sistematičnega pregleda literature

Avtor, leto objave	Raziskovalna metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Alpert & Jaffe, 2025	Pregledna raziskava	Nima empiričnega vzorca, analizira zgodovinske dogodke (9/11 v ZDA; orkan Maria v Portoriku; Černobil v Ukrajini; Fukušima na Japonskem itd.).	Katastrofe prizadenejo tudi interventne službe, med katere sodijo tudi DC-ji. Njihovo delovanje je lahko ogroženo zaradi fizične poškodbe centra ali drugih kritičnih struktur. V teh primerih je treba biti pripravljen na reorganizacijo dela. Velikokrat se obstoječega načina zaradi obremenitve ne more več učinkovito uporabljati. Takrat moramo začeti razmišljati o abstraktnejših načinih prevoza poškodovancev. Ne moremo se zanašati izključno na tehnologijo, saj velikokrat nima najnovejših informacij (neprehodne ceste med katastrofo). Obveščanje bolnišnic s strani DC-jev, skladno s protokoli.
Hansen et al., 2023	Opis primera	48 EMS enot, Danska.	DC je aktiviral prve enote šest minut po prvem klicu. Dispečer, ki je sprejemal klic, je zaznal, da je dogodek resen in aktiviral ustrezen načrt. Napake pri uporabi sistema TETRA so povzročile motnjo pri koordiniranju dogodka. DC je bil v nenehni povezavi z vodjo na terenu. Zaradi pomanjkanja ustreznih vozil se je MIC odločil za transport dveh rdečih pacientov na vozilo ter uporabo policijskih vozil za transport. DC je moral skrbeti za koordinacijo resursov na terenu, bolnišnic in premeščanja ranjencev. Ključnega pomena je redno osveževanje znanja DC-ja o izrednih dogodkih, hkrati pa tudi pripravljenost na improvizacijo, še posebej v prvih minutah incidenta.
Jaffe et al., 2024	Kvantitativna raziskava	4097 dispečerskih zapisov, Izrael.	Dispečerski sistem je tisti dan obravnaval manj klicev, vendar je bilo več žrtev. Dispečerski sistem se je glede na dogodek ustrezno prilagodil s centralno koordinacijo in prerazporejanjem osebja in vozil iz drugih regij (v 48 minutah povečana kapaciteta vozil s 400 na 1200). Onemogočen je bil sistem dispečerskega nadzora nad dostopnostjo do krajev incidentov s strani vojske. Izpostavi se potreba po ustanovitvi nacionalnega dispečerskega telesa za koordinacijo v izrednih razmerah. Komunikacija mora biti poenotena in temeljiti na učinkovitih komunikacijskih kanalih.
Jimenez et al., 2019	Retrospektivna analiza	63 pacientov, Kolumbija.	Sistem NMP je bil aktiviran dve minuti po eksploziji, aktiviral se je tudi protokol ob izrednih dogodkih (HEICS). DC je sodeloval pri zbiranju in usmerjanju informacij ob pomoči drugih intervencijskih služb. Prvi prihod pacienta v bolnišnico je zabeležen 20 minut po eksploziji.

Se nadaljuje

Avtor, leto objave	Raziskovalna metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Kvržič, 2018	Kvantitativna presečna raziskava (magistrska naloga)	252 anketirancev, Slovenija.	ZdrDis poskuša od klicatelja pridobiti čim več informacij (tudi s poslušanjem ozadja) in že med klicem oceni, ali je ekipam NMP omogočen varen dostop do kraja dogodka. Ob oceni, da ni varno, se poveže z OKC-jem, ki določi mesto zbiranja. Po potrebi aktivacija ekip NMP z zamikom. Uspeh je pogojen s hitro aktivacijo pristojnih služb in upoštevanjem protokolov. Včasih je potrebna improvizacija. ZdrDis mora biti duševno stabilen, tudi v najbolj stresnih situacijah. ZdrDis se lahko odloči, da izvajanje intervencije prekliče. Usposabljanje ZdrDis-a za krizne situacije je pomanjkljivo.
Miraki et al., 2022	Kvalitativna in kvantitativna raziskava	34 strokovnjakov za predbolnišnično oskrbo, Iran.	Neprestano nadgrajevanje in obnavljanje znanja dispečerjev o koordinaciji z reševalci in bolnišnicami. Dispečerski sistem v kriznih situacijah potrebuje večplastni sistem komunikacije. Program za vodenje ekipe do kraja nesreče ob upoštevanju stanja na cestah. Dostop DC-ja do satelitskih slik za orientacijo in nadzor nad terenom v realnem času. DC mora imeti ažurne kontakte vseh deležnikov v izrednih razmerah ter možnost hitre aktivacije enot glede na stopnjo nevarnosti.
Nilsen & Stene, 2023	Primerjalna raziskava	Nacionalni načrti in politike po večjih terorističnih napadih, Norveška in Francija (Utoya, Pariz, Nica).	Krizni štab lahko ob izrednem dogodku aktivira vse enote, po regionalnih DC-jih tudi iz sosednjega območja. Francija ima vzpostavljen sistem za aktivacijo in koordinacijo dispečerskih poti ob zaznavi izrednega dogodka. Znotraj DC-ja delujejo tudi strokovnjaki za psihološko podporo, ki se mobilizirajo ob izrednem dogodku. Norveški sistem odločanja nima enotnega središča, temveč več decentraliziranih točk odločanja. Dispečer ima ključno funkcijo. Pravočasno mora obvestiti in organizirati odziv na zaznan dogodek.
Park & Grier, 2022	Strokovni pregledni članek	Nima empiričnega vzorca, analiza britanskih in mednarodnih terorističnih napadov (VB, ZDA, vojaški konflikti).	Ob zaznanju grožnje DC pogosto ne aktivira enot nemudoma, kar vpliva na preživetje poškodovanih. DC ob zaznavanju grožnje poleg komunikacije z ekipo komunicira tudi s policijo, kar povzroči še dodatno zmedo in zamude. Naloga DC-ja je, da po prejemu sporočila, da je na prizorišču varno, o tem čim prej obvesti ekipo. Pri tem pa mora DC aktivirati ustrezne enote, tudi zdravnike, na kraj dogodka.
Puryear & Gnugnoli, 2023	Pregledna raziskava	Nima empiričnega vzorca, predstavitev informacij o sistemih pripravljenosti večinoma iz ZDA, sklicevanje na mednarodne smernice (npr. FEMA, WHO).	Primarni odziv v primeru katastrofe izvedejo lokalni dispečerski centri, kasneje pa ob preobremenitvi lokalnega sistema vlogo prevzamejo državne organizacije (FEMA). Glede na obsežnost katastrofe so v dispečerski odziv vključeni lokalni, državni in zvezni procesi odzivanja. Vsak vključen mora poznati svojo vlogo in odgovornost, ki jo nosi v sistemu, saj je to bistveno za hiter odziv na situacijo.
Schorscher et al., 2022	Sistematični pregled literature	68 člankov, države članice OECD.	Komunikacijske poti pogosto odpovejo, zato jih moramo redno testirati, hkrati pa moramo imeti pripravljen načrt ob njihovi prekinitvi. Ob prihodu ekip na kraj je nujno posredovanje informacij DC-ju (narava dogodka, približno število poškodovanih in vrsta poškodb, natančna lokacija dogodka, dostopne poti, približen čas do prihoda v najbližjo bolnišnico). Pomembno je tudi informirati javnost. Pri izrednih dogodkih je pomembna radijska komunikacija, saj so telefonske linije lahko prekinjene. Vzpostavitev komunikacije med krajem dogodka, reševalci in bolnišnico. Učinkovito delovanje DC-ja ob izrednem dogodku je mogoče le, če je proces sistematično načrtovan in pred samim izrednim dogodkom tudi večkrat preizkušen.
Wolin & Friedman, 2023	Pregledna raziskava	Nima empiričnega vzorca, analizira različne množične dogodke v ZDA in globalno (Kumbh Mela, Indija; glasbeni festivali, maratoni ipd.).	DC mora biti povezan s službami na terenu, od katerih prek ustaljenih kanalov komunikacije pridobiva povratne informacije. Predlagana je tudi delitev komunikacije na izredni in redni del (dodatni komunikacijski kanali). Ekipa na kraju morajo poročati o posebnostih incidenta, možnih nevarnostih, ocenjenem številu pacientov, potrebnih virih na kraju in dostopnih poteh. Formiranje komandnega centra, ki prevzame koordinacijo izrednega dogodka. Načrtovanje in vnaprejšnja priprava na izredne dogodke je ključnega pomena za hiter odziv.

Se nadaljuje

<i>Avtor, leto objave</i>	<i>Raziskovalna metodologija</i>	<i>Vzorec (velikost in država)</i>	<i>Ključna spoznanja</i>
Wurmb et al., 2018	Sistematična analiza z razvitim orodjem kazalnikov kakovosti	Analiza odziva na teroristični napad z nožem in sekiro, zbranih 139 kazalnikov kakovosti; Nemčija, Würzburg	Dispečerski sistem je z uporabo ključnih besed za razvrstitev dogodka napad hitro prepoznal za terorističnega. Pojavile so se težave s koordinacijo. Manjkala je enotna, centralizirana komunikacija. Posledično je bilo veliko telefonskih klicev. Prepoznana je bila potreba po neposredni komunikacijski vezi med policijo in DC-jem. Za učinkovito delovanje je ključnega pomena stalen in strukturiran pretok informacij. Pomembno vlogo igra tudi pripravljenost na izredne dogodke (posebnega pomena je komunikacija med intervencijskimi službami).
Wurmb et al., 2020	Kvalitativna analiza in ekspertno usklajevanje	Nacionalna raven, več odzivnih sil (zdravstvo, policija, civilna zaščita), Nemčija.	Ključnega pomena so vnaprej določene komunikacijske poti med zdravstvom in policijo ter neposredna povezava med obema DC-jema. Pomembno je, da je jasno opredeljeno, kdo komunicira s kom, pri čemer je treba opredeliti tudi, na koliko časa se bodo informacije izmenjevale (med vodjema). Razmejitev območja nesreče v cone (vroča, topla, hladna cona). DC mora imeti jasno opredeljene protokole za aktivacijo virov, brez časovnega zamika. Kot glavna pomanjkljivost je bila identificirana komunikacija.
Wurmb et al., 2024	Primerjalna raziskava	Primerjava dveh realnih intervencij; Würzburg, Nemčija.	Vzpostavitev rdečega telefona med zdravstvenim in policijskim DC-jem. Preobremenitev s klici v začetni stopnji; informacije niso bile procesirane. Zaznana potreba po filtriranju informacij; na začetku so pomembne zgolj najnujnejše informacije. Komunikacijski načrt je bil izdelan pred dogodkom, med njim pa samo delno uporabljen. Odziv dispečerjev je bil v realnem času. Pojavljale so se napake, odkrite že v preteklosti (večinoma komunikacijske narave). Dispečerski protokol naj bi v začetni fazi vključeval štiri faze: grožnja, cone, žrtve, razporejene sile. Bolnišnice so bile hitro in učinkovito informirane.

Wurmb et al., 2024). Ugotovitve vključenih virov kažejo, da je učinkovita in strukturirana komunikacija eden ključnih elementov uspešnega odziva, saj omogoča hitro izmenjavo informacij, boljše situacijsko zavedanje in pravočasno aktivacijo ustreznih virov (Hansen et al., 2023; Jimenez et al., 2019; Miraki et al., 2022; Nilsen & Stene, 2023).

Druga kategorija, pripravljenost zdravstvenega dispečerja na izredni dogodek, zajema poznavanje vloge v sistemu, reorganizacijo dela, formiranje komandnega oziroma koordinacijskega centra, redno obnavljanje znanja o izrednih dogodkih in improvizacijo (Alpert & Jaffe, 2025; Miraki et al., 2022; Puryear & Gnugnoli, 2023; Wurmb et al., 2018). Ugotovitve kažejo, da pripravljenost zdravstvenega dispečerja ne vključuje le poznavanja protokolov, temveč tudi sposobnost hitrega prilagajanja razmeram, odločanja v pogojih negotovosti ter učinkovitega vključevanja v širši sistem kriznega upravljanja (Hansen et al., 2023; Jaffe et al., 2024; Kvržić, 2018; Wurmb et al., 2020).

Tretja kategorija, tehnološka podpora zdravstvenemu dispečerju, vključuje uporabo digitalnih komunikacijskih in koordinacijskih rešitev ter hkrati opozarja na omejitve tehnološke odvisnosti. Viri izpostavljajo pomen zanesljivih komunikacijskih poti, geolokacijskih orodij, zemljevidov v živo in sistemov za sprotno beleženje podatkov, obenem pa opozarjajo, da tehnologija ob večjih obremenitvah lahko odpove ali postane vir

dodatnih zapletov (Jaffe et al., 2024; Miraki et al., 2022; Schorscher et al., 2022). Zato se kot pomemben element odziva kaže tudi nezanašanje izključno na tehnologijo ter zagotavljanje rezervnih oziroma alternativnih poti komuniciranja (Alpert & Jaffe, 2025; Hansen et al., 2023; Wurmb et al., 2024).

Na podlagi sinteze ugotovitev lahko povzamemo, da vloga zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klica ob sumu na amok dogodek vključuje sočasno oceno dogodka, vzdrževanje komunikacije z različnimi deležniki, organizacijsko podporo odzivu ter uporabo tehnoloških rešitev. Med ključnimi elementi učinkovitega odziva so se v analiziranih virih ponavljali pravočasna prepoznavna dogodka, jasna in kratka komunikacija, organizacijska pripravljenost in zanesljiva tehnološka podpora.

Diskusija

Namen pregleda literature je bil analizirati vlogo zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klica ob sumu na amok dogodek ter opredeliti ključne ukrepe, ki jih izvaja v začetni fazi odziva. Na podlagi pregleda 14 virov ugotavljamo, da je vloga zdravstvenega dispečerja večplastna in presega zgolj sprejem ter posredovanje klica. Zdravstveni dispečer je v takšnih okoliščinah pomemben člen začetnega odziva, saj mora hkrati prepoznati naravo dogodka, oceniti ogroženost, aktivirati ustrezne ekipe, usklajevati komunikacijo

Tabela 4: Vsebinske kode po kategorijah

<i>Kategorija</i>	<i>Kode</i>	<i>Avtorji</i>
Komunikacija ZdrDis ob izrednem dogodku	Povezava s terenom prek ustaljenih kanalov; poročanje in beleženje podatkov o incidentu; komunikacija z drugimi interventnimi službami; informiranje javnosti; rdeči telefon; prepoznavna resnosti stanja ob sprejemu intervencije.	Hansen et al., 2023; Jimenez et al., 2019; Kvržić, 2018; Miraki et al., 2022; Nilsen & Stene, 2023; Park & Grier, 2022; Schorscher et al., 2022; Wolin & Friedman, 2023; Wurmb et al., 2018; Wurmb et al., 2020; Wurmb et al., 2024.
Pripravljenost ZdrDis na izredni dogodek	Poznavanje vloge v sistemu; reorganizacija dela; formiranje komandnega centra; redno obnavljanje znanja o izrednih dogodkih; improvizacija.	Alpert & Jaffe, 2025; Hansen et al., 2023; Jaffe et al., 2024; Kvržić, 2018; Miraki et al., 2022; Puryear & Gnugnoli, 2023; Schorscher et al., 2022; Wolin & Friedman, 2023; Wurmb et al., 2018; Wurmb et al., 2020.
Tehnološka podpora ZdrDis	Nezanašanje na tehnologijo.	Alpert & Jaffe, 2025; Hansen et al., 2023; Jaffe et al., 2024; Schorscher et al., 2022.

z drugimi službami in skrbeti za varnost ekip nujne medicinske pomoči (Hansen et al., 2023; Park & Grier, 2022; Wurmb et al., 2018).

Ugotovitve pregleda literature kažejo, da je komunikacija osrednji element učinkovite obravnave klica ob sumu na amok dogodek. Zdravstveni dispečer mora v zelo kratkem času pridobiti ključne informacije o dogodku, jih preverjati, ustrezno posredovati drugim službam ter sproti posodabljeni informacije za ekipe na terenu (Jimenez et al., 2019; Miraki et al., 2022; Wurmb et al., 2024). Posebej pomembna je uporaba ustaljenih komunikacijskih poti, saj ta zmanjšuje možnost napačnega prenosa informacij in prispeva k boljši usklajenosti med sodelujočimi službami (Schorscher et al., 2022; Wurmb et al., 2020). Ugotovitve hkrati potrjujejo, da mora biti komunikacija v takšnih okoliščinah kratka, jasna in usmerjena v bistvene podatke, saj preobremenjenost komunikacijskih poti lahko pomembno zmanjša učinkovitost odziva (Hansen et al., 2023; Wurmb et al., 2018; Wurmb et al., 2024).

Pomembno področje predstavlja tudi pripravljenost zdravstvenega dispečerja na izredni dogodek. Pregled literature kaže, da zgolj poznavanje protokolov ni zadostno, saj so razmere ob amok dogodkih pogosto nepredvidljive, dinamične in obremenjene z nepopolnimi ali nasprotujočimi si informacijami (Alpert & Jaffe, 2025; Puryear & Gnugnoli, 2023). Zdravstveni dispečer mora zato poleg sledenja postopkom razviti tudi sposobnost strokovne presoje, prioritetenega odločanja in improvizacije (Hansen et al., 2023; Wurmb et al., 2020). Pomembno vlogo pri tem imajo redna usposabljanja, simulacijske vaje in medresorsko sodelovanje, saj omogočajo utrjevanje znanja, izboljšujejo odločanje pod pritiskom in krepijo usklajenost delovanja med različnimi intervencijskimi službami (Kvržić, 2018; Miraki et al., 2022; Schorscher et al., 2022).

Tretje pomembno področje je tehnološka podpora zdravstvenemu dispečerju. Ugotovitve kažejo, da

lahko sodobna tehnologija pomembno izboljša koordinacijo, pregled nad dogajanjem in hitrost odziva, zlasti z uporabo geolokacijskih orodij, digitalnih komunikacijskih sistemov in neposrednih povezav med ključnimi ustanovami (Jaffe et al., 2024; Miraki et al., 2022; Wurmb et al., 2024). Kljub temu pregled literature opozarja, da se ni mogoče zanesti izključno na tehnologijo. Ob večjih obremenitvah lahko pride do izpada komunikacijskih omrežij, preobremenitve sistemov ali neustrezne uporabe opreme, kar lahko pomembno oteži koordinacijo odziva (Alpert & Jaffe, 2025; Hansen et al., 2023; Schorscher et al., 2022). V tem kontekstu je pomemben tudi razvoj umetne inteligence, ki lahko podpira hitrejšo analizo klicev in razvrščanje nujnosti, vendar zahteva ustrezno validacijo, nadzor delovanja in jasno opredeljene etične okvire (Chenais et al., 2023; Wang et al., 2023). To pomeni, da mora tehnologija nadgrajevati strokovno presojo zdravstvenega dispečerja, ne pa je nadomeščati.

Pomembna ugotovitev pregleda je tudi, da večina vključenih virov sodi med nižje do srednje ravni dokazov. To pomeni, da področje vloge zdravstvenega dispečerja pri obravnavi amok dogodkov še ni podprto z večjim številom metodološko močnejših raziskav, temveč predvsem z opazovalnimi raziskavami, strokovnimi analizami in poročili iz prakse. Takšno stanje je do neke mere razumljivo, saj gre za redke, nepredvidljive in etično občutljive dogodke, pri katerih je izvedba eksperimentalnih raziskav omejena.

Za slovenski prostor so ugotovitve tega pregleda pomembne predvsem z vidika organizacije dispečerske službe zdravstva, usposabljanja zaposlenih ter razvoja komunikacijskih in tehnoloških rešitev. Prispevek opozarja, da uspešno delovanje zdravstvenega dispečerja ob sumu na amok dogodek temelji na kombinaciji strokovne presoje, jasne komunikacije, organizacijske pripravljenosti in zanesljive tehnološke podpore (Cunder et al., 2017; Fink, 2015; Pravilnik o dispečerski službi zdravstva, 2017). Smiselno bi bilo

nadalje razvijati standardizirane postopke za takšne dogodke, redno izvajati simulacijske vaje ter preverjati učinkovitost komunikacijskih in koordinacijskih poti v realnih organizacijskih pogojih.

Prispevek ima tudi nekatere omejitve. Pregled temelji na omejenem številu vključenih virov, med katerimi prevladujejo raziskave z nižjo ravno dokazov. Poleg tega je bil izbor literature izveden v omejenem časovnem obdobju in v štirih bazah podatkov, kar lahko vpliva na popolnost zajete literature. Dodatna omejitev je, da ugotovitve temeljijo na sekundarni analizi objavljenih virov in niso bile empirično preverjene v slovenskem okolju.

V prihodnje bi bilo smiselno izvesti empirične raziskave o pripravljenosti zdravstvenih dispečerjev na obravnavo amok dogodkov v Sloveniji, ovrednotiti učinkovitost obstoječih protokolov ter proučiti možnosti za nadgradnjo komunikacijskih in tehnoloških rešitev v dispečerski službi zdravstva. Takšne raziskave bi lahko prispevale k oblikovanju bolj ciljno usmerjenih priporočil za prakso.

Zaključek

Pregled literature je pokazal, da ima zdravstveni dispečer pri obravnavi klica ob sumu na amok dogodek ključno vlogo v začetni fazi odziva. Njegovo delo vključuje hitro prepoznavo dogodka, zbiranje in posredovanje ključnih informacij, aktivacijo ustreznih ekip, sodelovanje z drugimi intervencijskimi službami ter zagotavljanje varnosti ekip nujne medicinske pomoči. Učinkovit odziv temelji na jasni komunikaciji, organizacijski pripravljenosti, poznavanju protokolov in zanesljivi tehnološki podpori.

Ugotovitve kažejo, da mora zdravstveni dispečer v takšnih okoliščinah sprejemati odločitve v pogojih negotovosti, se prilagajati hitro spreminjajočim se razmeram in ohranjati pregled nad dogajanjem. Ker je raziskovalno področje še omejeno, bi bile v prihodnje potrebne empirične raziskave o pripravljenosti dispečerske službe zdravstva, učinkovitosti protokolov ter nadgradnji komunikacijskih in tehnoloških podpornih sistemov v slovenskem prostoru.

Zahvala

Zahvaljujem se Kemal Ejubu za strokovno usmerjanje med pisanjem članka.

Nasprotje interesov

Avtor izjavlja, da ni nasprotja interesov.

Financiranje

Raziskava ni bila finančno podprta.

Etika raziskovanja

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2023) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2024).

Literatura

Alpert, E. A., & Jaffe, E. (2025). *EMS catastrophic events*. In StatPearls. StatPearls. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532920/>

Alpert, E. A., & Kohn, M. D. (2023). *EMS mass casualty response*. In StatPearls. StatPearls. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536972/>

Bašič, B. (2021, April 28). *Slovenec prek darkneta iz Amerike naročil orožje in strelivo*. 24ur.com. <https://www.24ur.com/novice/svet/slovenec-prek-temnega-spleta-iz-amerike-narocil-orozje-in-strelivo.html>

Bey, J., & Albert, V. (2020, November 2). *Gunmen open fire in Vienna, killing 1 and wounding 15*. CBS News. <https://www.cbsnews.com/news/vienna-shooting-today-2020-11-02/>

Chenais, G., Lagarde, E., & Gil-Jardiné, C. (2023). Artificial intelligence in emergency medicine: Viewpoint of current applications and foreseeable opportunities and challenges. *Journal of Medical Internet Research*, 25, Article e40031. <https://doi.org/10.2196/40031>
PMid:36972306; PMCID:PMC10245226

Cunder, T., Čuček, M., Fink, A., Ilič, V., Kvržić, Z., Mažič, M., Nemec, R., Sabol, R., Sotošek, K., Sušnik, P., Turnšek, S., & Vavkman, P. (2017). *Priporočila za ukrepanje ekipe nujne medicinske pomoči pri aktivnih življenju nevarnih dogodkih: Amok intervencije*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Črešnar, M. (2022). *Razvoj ocene teroristične ogroženosti Republike Slovenije*. [diplomsko delo, Univerza v Mariboru]. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=82416>

Fink, A. (2015). *Dispečerska služba zdravstva: učbenik za usposabljanje zdravstvenih dispečerjev*. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Hansen, P. M., Mikkelsen, S., Alstrøm, H., Damm-Hejmdal, A., Rehn, M., & Berlac, P. A. (2023). The Field's mass shooting: Emergency medical services response. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 31(1), Article 71. <https://doi.org/10.1186/s13049-023-01140-7>
PMid:37919753; PMCID:PMC10621148

- Jaffe, E., Wacht, O., Davidovitch, N., Strugo, R., Blustein, O., Rosenblat, I., Bin, E., & Shapira, S. (2024). Managing a mega mass casualty event by a civilian emergency medical services agency: Lessons from the first day of the 2023 Hamas-Israel war. *International Journal of Public Health*, 69, Article 1606907. <https://doi.org/10.3389/ijph.2024.1606907> PMID:38487304; PMCID:PMC10938385
- Jimenez, M. F., Becerra, A., Cervera, S., Sánchez, E. F., Ospina, J., Henao, F. J., Paz, A., Paredes, G., Gutiérrez, M. I., & Puyana, J. C. (2019). Prehospital and first hospital system response to a terrorist attack in Bogotá, Colombia. *Panamerican Journal of Trauma, Critical Care & Emergency Surgery*, 8(3), 143–147. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10030-1254> PMID:36196244; PMCID:PMC9529020
- Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kolednik, A., & Vovk, T. (2016, Avgust 24). Zdravnika hladnokrvno ustrelil v glavo, policista pa v srce. Siol.net. <https://siol.net/novice/crna-kronika/kaj-bo-o-streljanju-v-izolipovedala-policija-424542>
- Kompare, D. (2022). Pripravljenost službe nujne medicinske pomoči na »amok« situacije. [diplomska naloga, Univerza v Ljubljani]. Repozitorij Univerze v Ljubljani. <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=136435>
- Kordeš, U., & Smrdu, M. (2015). Osnove kvalitativnega raziskovanja. Založba Univerze na Primorskem. <https://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6963-98-5.pdf>
- Krope, S., & Ilič, V. (2024). Preventivni ukrepi v amok dogodkih: Tuje izkušnje in slovenska stvarnost. *Varstvoslovje*, 26, 1–22. <https://www.fvv.um.si/rv/arhiv/2024/2024-13-Krope-Ilic.pdf>
- Kvržič, Z. (2018). Analiza usposobljenosti članov prehospitalnih ekip nujne medicinske pomoči za ukrepanje v amok situaciji. [magistrska naloga, Univerza na Primorskem]. Repozitorij Univerze na Primorskem. <https://repozitorij.upr.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=9731>
- Lennquist, S., & Dobson, R. (2012). The Prehospital Response. In V. S. Lennquist (Ed.), *Medical Response to Major Incidents and Disasters* (pp. 33–61). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-21895-8>
- Lovšin, P. (2024, Januar 25). Ljubljanskega dijaka, ki naj bi sošolcem grozil s strelskim pohodom, začasno izključili iz šole. Dnevnik. <https://www.dnevnik.si/novice/kronika/ljubljanskega-dijaka-ki-naj-bi-sosolcem-grozil-s-strelskim-pohodom-zacasno-izkljucili-iz-sole-2112319/>
- Miraki, S., Molavi-Taleghani, Y., Amiresmaeili, M., Nekoei-Moghadam, M., & Sheikhbardsiri, H. (2022). Design and validation of a preparedness evaluation tool of pre-hospital emergency medical services for terrorist attacks: A mixed method study. *BMC Emergency Medicine*, 22(1), Article154. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00712-7> PMID:36057563; PMCID:PMC9441090
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & PRISMA-P, G. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1> PMID:25554246; PMCID:PMC4320440
- Nilsen, L. G., & Stene, L. E. (2023). Preparing for the unexpected: a comparative study of policies addressing post-terror health reactions in Norway and France. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(1), Article 13. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00582-x> PMID:37237417; PMCID:PMC10214657
- Oven, T. (2020). Pripravljenost izvajalcev službe nujne medicinske pomoči na AMOK dogodek. [diplomska naloga, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin]. http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2020/Oven_Tim.pdf
- 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. *BMJ*, 372, Article n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71> PMID:33782057; PMCID:PMC8005924
- Park, C. L., & Grier, G. R. (2022). Provision of pre-hospital medical care for terrorist attacks. *British Journal of Anaesthesia*, 128(2), e85–e89. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.10.023> PMID:34903363
- Pavlin, M., & Zupan, U. (2025, Januar 27). Grožnjo prejelo več kot 380 slovenskih šol, poslana tudi na šole po Evropi. 24ur.com. <https://www.24ur.com/novice/slovenija/policisti-zaradi-groznje-na-vec-javnih-zavodih-evakuirali-tudi-sole.html>
- Planinšič, P. (2015). Analiza amok situacij [diplomsko delo, Univerza v Mariboru]. Digitalna knjižnica Univerze v Mariboru. <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=47979>
- Polit, D., & Beck, C. (2021). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. *Wolters Kluwer Health. Pravilnik o dispečerski službi zdravstva*. (2017). Uradni list RS, št. 58/17 in 32/25 – ZZDej-N. <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV13030>
- Puryear, B., & Gnugnoli, D. M. (2023). *Emergency Preparedness*. In StatPearls. StatPearls. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537042/>

- Raspotnik, P. V., & Fink, A. (2021). *Prva pomoč in nujna medicinska pomoč: učbenik za modul Zdravstvena nega in nujna medicinska pomoč v izobraževalnem programu Zdravstvena nega za vsebinski sklop Prva pomoč in nujna medicinska pomoč*. Grafenauer.
- Rhoden-Paul, A. (2024, July 22). *At least six killed in Croatia nursing home shooting*. BBC. <https://www.bbc.com/news/articles/cn08d7vyj6wo>
- Schorscher, N., Kippnich, M., Meybohm, P., & Wurmb, T. (2022). Lessons learned from terror attacks: Thematic priorities and development since 2001 - results from a systematic review. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 48(4), 2613–2638. <https://doi.org/10.1007/s00068-021-01858-y> PMid:35024874; PMCID:PMC8757406
- Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah*. (2013). Ministrstvo za zdravje, Sektor za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva.
- Stojiljković, S., & Blažanin, B. (2024). The uncertainty of school in a time of uncertainty: Perspectives of different coalitions in the aftermath of the school mass shooting in Serbia. *Center for Educational Policy Studies Journal*, 14(4), 55–80. <https://doi.org/10.26529/cepsj.1888>
- Wang, H., Ng, Q. X., Arulanandam, S., Tan, C., Ong, M. E. H., & Feng, M. (2023). Building a machine learning-based ambulance dispatch triage model for emergency medical services. *Health Data Science*, 3. <https://doi.org/10.34133/hds.0008> PMid:38487206; PMCID:PMC10880163
- Wolin, J., & Friedman, M. S. (2023). *EMS Mass Gatherings*. In StatPearls. StatPearls. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597369/>
- 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:2414171
- Wurmb, T., Franke, A., Schorscher, N., Kowalzik, B., Helm, M., Bohnen, R., Helmerichs, J., Grueneisen, U., Cwojdzinski, D., Jung, G., Lücking, G., & Weber, M. (2020). Emergency response to terrorist attacks: Results of the federal-conducted evaluation process in Germany. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 46(4), 725–730. <https://doi.org/10.1007/s00068-020-01347-8> PMid:32206880; PMCID:PMC7429537
- Wurmb, T., Kurz, S., Schwarzmänn, G., Trautner, H., Kinstle, U., Wagenhäuser, U., Koch, F., Münch, M., Meybohm, P., & Kippnich, M. (2024). Application of quality indicators and critical lessons learned assessment as a research approach for the evaluation of rescue missions during terrorist attacks. *Scientific Reports*, 14(1), Article 25087. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-76267-3> PMid:39443574; PMCID:PMC11499877
- Wurmb, T., Schorscher, N., Justice, P., Dietz, S., Schua, R., Jarausch, T., Kinstle, U., Greiner, J., Möldner, G., Müller, J., Kraus, M., Simon, S., Wagenhäuser, U., Hemm, J., Roewer, N., & Helm, M. (2018). Structured analysis, evaluation and report of the emergency response to a terrorist attack in Würzburg, Germany using a new template of standardised quality indicators. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 26(1), Article 87. <https://doi.org/10.1186/s13049-018-0555-5> PMid:30340516; PMCID:PMC6194622

Citirajte kot/Cite as:

Pucelj, M. (2026). Vloga zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klica z amok vsebino. *Obzornik zdravstvene nege*, 60(3), 314–324. <https://doi.org/10.14528/snr.2026.60.3.3328>

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 izvlečkom (slovenskim ali angleškim), tabelami, slikami in referencami. Avtorji naj uporabijo Microsoft Wordovi predlogi, ki sta dostopni na spletni strani uredništva (Naslovna stran in Predloga za izvirni znanstveni/pregledni članek). Vsi članki, ki so uvrščeni v uredniški postopek, so recenzirani s tremi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja le izvirna, še neobjavljena znanstvena dela. Za trditve v članku odgovarja avtor oziroma avtorji, če jih je več (v nadaljevanju avtor), zato morajo biti podpisani s celotnim imenom in priimkom. Navesti je potrebno korespondenčnega avtor (s polnim naslovom, telefonsko številko in elektronskim naslovom), ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom in ostalimi avtorji. Avtor mora pri oddaji članka dosledno upoštevati navodila glede standardizirane znanstvene opreme, videza in tipologije dokumentov ter navodila v zvezi z oddajo članka. Članek bo uvrščen v nadaljnjo obravnavo, ko bo pripravljen v skladu z navodili uredništva.

Naslov članka, izvleček, ključne besede, tabele (opisni naslov in legenda) ter slike (opisni naslov oz. podpis in legenda) morajo biti v slovenščini in angleščini, leto velja tudi za angleško pisane članke, le da so v tem primeru naštetе enote navedene najprej v angleščini in nato v slovenščini. Skupno število slik in tabel naj bo največ pet. Tabele in slike naj bodo v besedilu članka na ustreznem mestu. Za prikaz rezultatov v tabelah, slikah in besedilu je treba uporabljati statistične simbole, ki jih avtor najde na spletni strani revije, poglavje Navodila. Na vsako tabelo in sliko se mora avtor v besedilu sklicevati. Uporaba sprotnih opomb pod črto ni dovoljena.

Etična načela pri obravnavi pritožb in prizivov

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

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

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

Etični nadzor in etika raziskovanja

Avtorji so dolžni podati informacije o etičnih vidikih raziskave. V primeru odobritve raziskave s strani komisije za etiko zapišejo ime komisije za etiko in številko odločbe. V kolikor raziskava ni potrebovala posebnega dovoljenja komisije za etiko, so avtorji to dolžni pojasniti.

Če članek objavlja raziskavo na ljudeh, naj bo v podpoglavju metod *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov* razvidno, da je bila raziskava opravljena skladno z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije, opisan naj bo postopek pridobivanja dovoljenj za izvedbo raziskave. Eksperimentalne raziskave, opravljene na ljudeh, morajo imeti soglasje komisije za etiko bodisi na ravni ustanove ali več ustanov, kjer se raziskava izvaja, bodisi na nacionalni ravni.

Deljenje podatkov in avtorske pravice

Avtorske pravice so zaščitene s *Creative Commons Attribution CC BY-NC-ND 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.

Shranjevanje raziskovalnih podatkov

V skladu s smernicami odprte znanosti in zahtevami Javne agencije za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije naj avtorji, kadar je to mogoče, zagotovijo, da so raziskovalni podatki, uporabljeni ali ustvarjeni v raziskavi, shranjeni v ustreznem repozitoriju, ki omogoča trajno dostopnost, citiranje in ponovno uporabo podatkov. Priporočena je uporaba odprtih repozitorijev, kot je Zenodo, ali drugih primerljivih repozitorijev, ki omogočajo dodelitev trajnega identifikatorja (npr. DOI) in dolgoročno hrambo podatkov.

Raziskovalni podatki naj bodo pripravljeni v skladu z načeli FAIR (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable). Če podatki zaradi etičnih, pravnih ali drugih utemeljenih razlogov (npr. varstvo osebnih podatkov) ne morejo biti javno dostopni, morajo avtorji v članku navesti omejitve dostopa ter, kjer je mogoče, opis podatkov ali pogoje za njihov dostop.

Citiranje raziskovalnih podatkov

Avtorji morajo ustrezno citirati vse raziskovalne podatke, podatkovne zbirke, programsko opremo, modele ali druge raziskovalne rezultate, ki so bili uporabljeni ali ustvarjeni v okviru raziskave.

Če so raziskovalni podatki javno dostopni v repozitoriju, jih je treba navesti v seznamu virov na koncu članka na enak način kot druge citirane vire. Navedba mora vključevati: avtorja ali ustvarjalca podatkov, leto objave, naslov podatkovnega nabora, ime repozitorija ter trajni identifikator (npr. DOI ali drug PID).

Arhiviranje

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

Recenzijski proces

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

Članek se uvrsti v uredniški postopek, če izpolnjuje kriterije za objavo. Poslan bo v zunanjo strokovno (anonimno) recenzijo. Znanstveni članki so trojno recenzirani. Recenzenti prejmejo besedilo članka brez avtorjevih osebnih podatkov, članek pregledajo glede na postavljene kazalnike in predlagajo izboljšave. Po zaključenem recenzijskem postopku uredništvo članek vrne avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in pripravi čistopis. Avtor je dolžan izboljšave pregledati in jih v največji meri upoštevati. V kolikor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora le-to pisno pojasniti. Čistopis uredništvo pošlje v jezikovni pregled.

Stroški objave

Objava članka v Obzorniku zdravstvene nege ni plačljiva. V primeru odstopa avtorja od objave članka po pripravljeni recenziji, je le ta plačljiva.

Opredelitev tipologije

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

Metodološka struktura članka

Naslov, izvleček in ključne besede naj bodo v slovenščini in angleščini. Naslov naj bo skladen z

vsebino članka in dolg največ 120 znakov. Oblikovan naj bo tako, da je iz njega razviden uporabljeni raziskovalni dizajn. Če naslovu sledi podnaslov, naj bosta ločena s podpičjem. Navedenih naj bo od trido šest ključnih besed, ki natančneje opredeljujejo vsebino članka in ne nastopajo v naslovu. Izvleček naj bo strukturiran, vsebuje naj 150–220 besed. Napisan naj bo v tretji osebi. V izvlečku se ne citira.

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

Uvod (Introduction): Navesti je treba ključna spoznanja dosedanjih raziskav, opis raziskovalnega problema, namen raziskave, v katerem so opredeljene ključne spremenljivke raziskave.

Metode (Methods): Navesti je treba uporabljeni raziskovalni dizajn, opisati glavne značilnosti vzorca, instrument raziskave, zanesljivost instrumenta, kje, kako in kdaj so se zbirali podatki in s katerimi metodami so bili obdelani in analizirani.

Rezultati (Results): Opisati je treba najpomembnejše rezultate raziskave, ki odgovarjajo na raziskovalni problem in namen raziskave. Pri kvantitativnih raziskavah je treba navesti vrednost rezultata in raven statistične značilnosti.

Diskusija in zaključek (Discussion and conclusion): Razpravljati je treba o ugotovitvah raziskave, navesti se smejo le zaključki, ki izhajajo iz podatkov, pridobljenih pri raziskavi. Navesti je treba tudi uporabnost ugotovitev in izpostaviti pomen nadaljnjih raziskav za boljše razumevanje raziskovalnega problema. Enakovredno je treba navesti tako pozitivne kot tudi negativne ugotovitve.

Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

Izvirni znanstveni članek je samo prva objava originalnih raziskovalnih rezultatov v takšni obliki, da se raziskava lahko ponovi ter ugotovitve preverijo. Revija objavlja znanstvene raziskave, za katere zbrani podatki niso starejši od pet let ob objavi članka v reviji.

Uvod: V uvodu opredelimo raziskovalni problem, in sicer v kontekstu znanja in znanstvenih dokazov, kateremu 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 predstavita oblikovano kodo. Naredimo shematični prikaz dobljenih kod in iz njih razvitih kategorij ter sodbo.

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

Nizamo jih po posameznih spremenljivkah in z vidika postavljenih raziskovalnih vprašanj oz.

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

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

V **metodah** natančno opišemo uporabljeni raziskovalni dizajn pregleda literature. Podpoglavja metod so: *metode pregleda*, *rezultati pregleda*, *ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov*. Metode

pregleda vključujejo razvoj, testiranje in izbor iskalne strategije, vključitvene in izključitvene kriterije za uvrstitev v pregled, raziskane podatkovne baze, časovno obdobje iskanja objav, vrste objav z vidika hierarhije dokazov, ključne besede, jezik pregledanih objav. *Rezultati pregleda* vključujejo število dobljenih zadetkov, število pregledanih raziskav, število vključenih raziskav in število izključenih raziskav. Uporabimo diagram poteka raziskave skozi faze pregleda, pri izdelavi si pomagamo z mednarodnimi standardi za prikaz rezultatov pregleda literature (npr. PRISMA-Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis). *Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov* vključuje oceno uporabljene iskalne strategije in kriterijev za dokončni nabor uporabljenih zadetkov, kakovost vključenih raziskav z vidika hierarhije dokazov ter način obdelave podatkov. **Rezultate** prikažemo tabelarično kot analizo kakovosti vključenih raziskav. Tabela naj vključuje avtorje raziskave, leto objave raziskave, državo, kjer je bila raziskava izvedena, namen raziskave, raziskovalni dizajn, proučevane spremenljivke, instrument, velikost vzorca, ključne ugotovitve idr. Jasno naj bo razvidno, katere vrste raziskav glede na hierarhijo dokazov so vključene v pregled literature. Rezultate prikažemo besedno, v tabelah in slikah, navedemo ključna spoznanja glede na raziskovalni dizajn. Pri kvalitativni sintezi uporabimo kode in kategorije kot rezultat pregleda kvalitativne sinteze. Pri kvantitativni analizi opišemo uporabljene statistične metode obdelave podatkov iz vključenih znanstvenih del.

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

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

Navajanje literature

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo 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

Avtor, X. X. (Leto). Naslov [doktorska naloga, Univerza]. Ime podatkovne zbirke/Ime arhiva. 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>

Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov in organizacij:

Naslov zakona (leto). URL (najbolje na Pravno-informacijski sistem RS)

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 – ZOOPMTVI. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kodeks etike za babice Slovenije (2025). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

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

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

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

Citiranje elektronskih virov

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

Bologna, C. (2018, June 27). *What happens to your mind and body when you feel homesick?* HuffPost. https://www.huffingtonpost.com/entry/what-happens-min-body-omesick-us_5b201ebde4b09d7a3d77eeel

Citiranje podatkovnega nabora

Smith, J., & Brown, L. (2022). Dataset on medication adherence among elderly patients in primary care [Data set]. Dryad

Digital Repository.

<https://doi.org/10.5061/dryad.xxxxxx>

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

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

Pred oddajo članka naj avtor članek pripravi v naslednjih treh ločenih dokumentih.

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 slikovnegradiva 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 objavlanje. Recenzent mora poleg znanstvenosti, strokovnosti in primernosti vsebine za objavo v Obzorniku zdravstvene nege članek oceniti metodološko ter uredništvo opozoriti na pomanjkljivosti. Ni treba, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem, vendar lahko opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Pozoren naj bo na pravilno rabo strokovne terminologije. Posebej mora biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jase, 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 recenzijemskem obrazcu. Če ima recenzent večje pripombe, jih kot utemeljitev za sprejem ali morebitno zavrnitev članka na kratko opiše oz. avtorju predlaga nadaljnje delo, pri čemer upošteva njegovo integriteto. Zaradi večje preglednosti in lažjih dopolnitev s strani avtorja lahko recenzent svoje pripombe in morebitne predloge vnese v besedilo članka, pri tem uporabi možnost, ki jo ponuja Microsoft Word – sledi spremembam (Track changes). Recenzent mora biti pozoren, da pred uporabo omenjene možnosti prikrrije 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 Slovenije (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kodeks etike za babice Slovenije (2025). 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 marec 2026

Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege. (2026). Navodila avtorjem in recenzentom. *Obzornik zdravstvene nege* 60(3), 325–332.

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 CC BY-NC-ND 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.

Storage of Research Data

In accordance with open science guidelines and the requirements of the Slovenian Research and Innovation Agency, authors should, whenever possible, ensure that research data used or generated in the research are stored in an appropriate repository that enables long-term accessibility, citation, and reuse of the data. The use of open repositories such as Zenodo or other comparable repositories that provide a persistent identifier (e.g., DOI) and long-term data preservation is recommended.

Research data should be prepared in accordance with the FAIR principles (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable). If data cannot be made publicly available due to ethical, legal, or other justified reasons (e.g., protection of personal data), authors must indicate the restrictions on data access in the article and, where possible, provide a description of the data or the conditions under which they may be accessed.

Citation of Research Data

Authors must properly cite all research data, datasets, software, models, or other research outputs that were used or generated in the course of the research.

If research data are publicly available in a repository, they should be included in the reference list at the end of the article in the same way as other cited sources. The citation must include: the author or creator of the data, year of publication, title of the dataset, name of the repository, and a persistent identifier (e.g., DOI or another PID).

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. Wilkins.

Chapter/essay in a book edited by multiple editors:

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

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

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

Books edited by one or multiple authors:

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

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

Journal Articles:

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

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

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

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

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

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

Up to 20 authors listed

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

More than 20 authors

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

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

Conference papers:

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

Skela-Savič, B. (2008). Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi: Vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In B. Skela-Savič, B. M. Kaučič & J. Ramšak-Pajk (Eds.), *Teorija, raziskovanje in praksa: trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 25. in 26. september 2008* (pp. 38–46). Visoka šola za zdravstveno nego.

Thesis or dissertation:

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

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

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

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

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

Laws, codes, regulations, and organizations:

Title of the law (year). URL

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

Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kodeks etike za babice Slovenije (2025). 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_5b201ebde4b09d7a3d77ee1

Dataset citation:

Smith, J., & Brown, L. (2022). Dataset on medication adherence among elderly patients in primary care [Data set]. Dryad Digital Repository. <https://doi.org/10.5061/dryad.xxxxxx>

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 Slovenije (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kodeks etike za babice Slovenije (2025). 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 March 2026

Cite as:

Slovenian Nursing Review. (2026). Guide for authors and reviewers. *Slovenian Nursing Review*, 60(3), pp. 333–341.



POVABILO K SODELOVANJU V UREDNIŠKEM ODBORU OBZORNIKA ZDRAVSTVENE NEGE

Na podlagi določil Pravilnika o delovanju uredništev, informativnih, strokovnih in drugih publikacij Upravni odbor Zbornice – Zveze vabi k sodelovanju člane uredniškega odbora Obzornika zdravstvene nege za obdobje 2027–2031.

Pogoji za sodelovanje

Od članov uredniškega odbora se pričakuje:

- dobro poznavanje strokovnega in raziskovalnega področja zdravstvene oziroma babiške nege;
- dobro znanje slovenskega in angleškega jezika;
- objava najmanj treh znanstvenih člankov (tipologija COBISS 1.01 ali 1.02) v zadnjih petih letih, pri čemer je kandidat pri najmanj dveh člankih prvi ali vodilni avtor;
- poznavanje načel znanstvenega objavljanja, recenzijskega postopka in raziskovalne ter publikacijske integritete;
- sposobnost kritične presoje znanstvenih in strokovnih besedil;
- poznavanje oziroma pripravljenost za delo s spletno platformo revije Open Journal Systems (OJS);
- poznavanje dela z urejevalniki besedil in drugimi orodji, potrebnimi za uredniško delo (najmanj MS Word, MS Excel);
- sposobnost timskega dela, zanesljivost, odzivnost in spoštovanje dogovorjenih rokov;
- spoštovanje načel zaupnosti, nepristranskosti in ustreznega razkrivanja morebitnih konfliktov interesov;
- pripravljenost na aktivno sodelovanje na sestankih uredniškega odbora.
- Predhodne izkušnje z recenziranjem, uredniškim delom in znanstvenim objavljanjem so zaželeno.

Naloge in odgovornosti članov uredniškega odbora

Člani uredniškega odbora:

- uredniško obravnavajo praviloma 5–6 rokopisov letno;
- vodijo uredniški postopek dodeljenih rokopisov, kar vključuje začetno presojo njihove vsebinske in strokovne ustreznosti, sodelovanje pri izbiri recenzentov, komunikacijo z avtorji in recenzenti, presojo popravljenih različic rokopisov ter oblikovanje uredniškega predloga glede nadaljnje obravnave oziroma objave;
- po potrebi recenzirajo rokopise s področja svoje strokovne oziroma raziskovalne ekspertize;
- skrbijo za kakovost, znanstveno ustreznost in vsebinsko relevantnost prispevkov;
- pri uredniškem delu uporabljajo spletno platformo Open Journal Systems (OJS);
- dosledno spoštujejo načela raziskovalne in publikacijske integritete,

zaupnosti uredniškega in recenzijskega postopka, nepristranskosti ter razkrivanja morebitnih konfliktov interesov;

- se udeležujejo sestankov uredniškega odbora, praviloma najmanj štirikrat letno oziroma pred izidom posamezne številke revije;
- aktivno sodelujejo pri razvoju revije, oblikovanju uredniške politike ter izboljševanju njene znanstvene, strokovne in uredniške kakovosti;
- po dogovoru sodelujejo pri pridobivanju kakovostnih prispevkov ter krepitevi prepoznavnosti revije v strokovnem in akademskem okolju.

Mandat in način dela

Člani uredniškega odbora so imenovani za mandatno obdobje štirih let. Od članov se pričakuje aktivno in kontinuirano opravljanje uredniških nalog v času trajanja mandata.

Uredniški odbor se sestane praviloma najmanj štirikrat letno pred izidom posamezne številke revije. Sestanki praviloma potekajo v živo na sedežu Zbornice – Zveze, po potrebi pa tudi na daljavo.

Delo članov uredniškega odbora je honorirano v skladu z veljavnimi akti Zbornice – Zveze.

Novoimenovanim članom uredniškega odbora je v začetnem obdobju zagotovljeno uvajanje v uredniško delo in uporabo spletne platforme Open Journal Systems (OJS) ob mentorski podpori izkušenih članov uredniškega odbora.

Člani aktivno sodelujejo pri sooblikovanju uredniške politike in nadaljnjem razvoju revije.

Vsebina prijave

Kandidati naj prijavijo:

- kratek življenjepis z opisom strokovnega, raziskovalnega in/ali pedagoškega delovanja;
- navedbo področij strokovne oziroma raziskovalne ekspertize;
- bibliografijo oziroma seznam znanstvenih člankov, objavljenih v zadnjih petih letih, iz katerega je razvidno izpolnjevanje zahtevanih pogojev;
- kratek opis dosedanjih izkušenj z znanstvenim objavljanjem, recenziranjem in morebitnim uredniškim delom;
- kratko motivacijsko pismo za sodelovanje v uredniškem odboru Obzornika zdravstvene nege.

Rok in način prijave

Svoje prijave pošljite najkasneje do **31. 10. 2026** na naslov: Zbornica – Zveza, Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana s pripisom: »**Povabilo k sodelovanju – Obzornik zdravstvene nege**« ali na e-poštni naslov: tajnistvo@zbornica-zveza.si



***Že 60 let gradimo znanstvene temelje
zdravstvene in babiške nege.***

Objavite z nami.

Soustvarjajte prihodnost zdravstvene nege.

*For 60 years, we have been building
the scientific foundations of nursing and midwifery.*

Publish with us.

Shape the future of nursing.



Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

NAROČILNICA

Naročam **OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE** na moj naslov:

Ime:

Priimek:

Ulica:

Pošta:

Označite vaš status: študent/ka ☐ zaposlen/a ☐ upokojen/a ☐

Naročnino bom poravnal/a v osmih dneh po prejemu računa.

Kraj in datum:

Podpis:



Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

NAROČILNICA

Smo pravna oseba in naročamo ☐ izvod/ov **OBZORNIKA ZDRAVSTVENE NEGE** na naslov:

Ime / Naziv:

Ulica:

Pošta:

Naročnino bomo poravnali v osmih dneh po prejemu računa.

Davčna številka:

Kraj in datum:

Podpis in žig:

SLOVENIAN NURSING REVIEW

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

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

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, 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, 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**, Professor, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Tamara Štemberger Kolnik**, Assistant Professor, Faculty of Health Sciences in Celje, 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: 330 copies

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

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

Printed on woodless paper.

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

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

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

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

Kazalo/Contents

UVODNIK/EDITORIAL

When artificial intelligence enters the editorial office: Responsibility, integrity, and trust in scientific publishing

Ko umetna inteligenca vstopi v uredništvo: odgovornost, integriteta in zaupanje v znanstvenem publiciranju

Mirko Prosen

268

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

Med stresom in sočutjem: izkušnje in izzivi psihiatričnih medicinskih sester

Between stress and compassion: Experiences and challenges for mental health nurses

Elmir Uzeinović, Leona Cilar Budler

275

Duševne stiske med študenti zdravstvene nege ene izmed slovenskih fakultet: pilotna kvantitativna raziskava

Psychological distress among nursing students of a single slovenian faculty: A quantitative pilot study

Lara Gorše, Branko Bregar

287

Perspektiva zdravstvenih delavcev o kulturni kompetentnosti pri delu z intelektualno oviranimi otroki in mladostniki: kvalitativna opisna raziskava

Health professionals' perspective on cultural competence when working with children and adolescents with intellectual disabilities: A qualitative descriptive study

Marina Glavina, Katarina Vogrin, Uroš Nabernik, Sabina Ličen, Mirko Prosen

295

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

Pristopi za izboljšanje adherence jemanja zdravil pri starejših osebah: krovni pregled literature

Approaches to enhance medication adherence among older people: An umbrella review

Sergej Kmetec, Zvonka Fekonja, Nataša Mlinar Reljič, Tilen Dervarič, Jožica Černe Kolarič, Jasmina Nerat

304

Vloga zdravstvenega dispečerja pri obravnavi klica z amok vsebino

The role of emergency medical dispatcher in handling calls with amok content

Matevž Pucelj

314

