

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



52(3)

Ljubljana 2018

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:

doc. dr. Mateja Lorber

Urednik, izvršni urednik:

doc. dr. Mirko Prosen

Urednica, spletna urednica:

Martina Kocbek Gajšt

Uredniški odbor:

- **viš. pred. mag. Branko Bregar**, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija
- **prof. dr. Nada Gosić**, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija in Medicinski fakultet, Hrvaška
- **doc. dr. Sonja Kalauz**, Zdravstveno veleučilišče Zagreb, Hrvaška
- **izr. prof. dr. Vladimír Kališ**, Karlova Univerza, Univerzitetna bolnišnica Pilsen, Oddelek za ginekologijo in porodništvo, Češka
- **viš. pred. dr. Igor Karnjuš**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **asist. Petra Klanjšek**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **pred. mag. Klavdija Kobal Straus**, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Slovenija
- **Martina Kocbek Gajšt**, Karlova Univerza, Inštitut za zgodovino Karlove Univerze in Arhiv Karlove Univerze, Češka
- **doc. dr. Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **doc. dr. Sabina Ličen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **doc. dr. Mateja Lorber**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **doc. dr. Miha Lučovnik**, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Slovenija
- **doc. dr. Ana Polona Mivšek**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **izr. prof. dr. Fiona Murphy**, Swansea University, College of Human & Health Sciences, Velika Britanija
- **izr. prof. dr. Alvisa Palese**, Udine University, School of Nursing, Italija
- **doc. dr. Mirko Prosen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **prof. dr. Árún K. Sigurdardóttir**, University of Akureyri, School of Health Sciences, Islandija
- **izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič**, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija
- **viš. pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, in Obalni dom upokoencev Koper, Slovenija
- **prof. dr. Debbie Tolson**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, Velika Britanija
- **asist. dr. Dominika Vrbnjak**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija

Lektorici za slovenščino:

Simona Jeretina

Tanja Svenšek

Lektorica za angleščino:

lekt. mag. Nina Bostič Bishop

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

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

Spletna stran: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si>

Letna naročnina za tiskan izvod (2017): 10 EUR za dijake, študente in upokoence; 25 EUR za posameznike - fizične osebe; 70 EUR za pravne osebe.

Naklada: 665 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna knjigoveznica Radovljica

Tiskano na brez kislinškem papirju.

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

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

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

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

REVIEW OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2018 Letnik 52 Številka 3
Ljubljana 2018 Volume 52 Number 3

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

NAMEN IN CILJI

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

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

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

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

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

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.

KAZALO / CONTENTS**UVODNIK / LEADING ARTICLE**

- A healthy work environment: care for the well-being and health of employees in nursing
Zdravo delovno okolje: skrb za počutje in zdravje zaposlenih v zdravstveni negi
Mateja Lorber 148

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Perineal trauma during vaginal birth in Slovenia: analysis of national data for the period from 2013 to 2015
Poškodbe presredka pri vaginalnem porodu v Sloveniji: analiza nacionalnih podatkov za obdobje od 2013 do 2015
Petra Petročnik, Ana Polona Mivšek, Teja Škodič Zakšek, Ivan Verdenik, Anita Jug Došler 153
- Vloga staršev in vzgoje za zdravje pri oblikovanju odgovornega spolnega vedenja: raziskava med učenci osnovne šole
The role of parents and health education in shaping responsible sexual behavior: research among primary school students
Sanela Pivač, Sedina Kalender Smajlović 160
- Diabetično stopalo kot zaplet sladkorne bolezni
Diabetic foot complications
Klementina Meklav, Vojko Flis, Jadranka Stričević, Vida Sruk 168

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

- Odnos in znanje medicinskih sester ter ovire pri implementaciji na dokazih temelječe prakse: integrativni pregled literature
Knowledge, attitudes and barriers in the implementation of evidenced-based practice among nurses: an integrative literature review
Urban Bole, Brigita Skela-Savič 177
- Medpoklicno nasilje v operativni dejavnosti: pregled literature
Interprofessional violence in perioperative care: literature review
Tina Oblak, Brigita Skela-Savič 186

Leading article / Uvodnik

A healthy work environment: care for the well-being and health of employees in nursing

Zdravo delovno okolje: skrb za počutje in zdravje zaposlenih v zdravstveni negi

Mateja Lorber

Work is an important aspect of the lives of employees in nursing since we spend a large portion of our lives at work. Researchers (Waddell & Burton, 2006; Robertson & Cooper, 2011) emphasise that an employee's well-being at a workplace is a very important factor as it impacts physical health, work efficiency and career success. Personal well-being is an important basis of a person's life and the key concept in the definition by the World Health Organization (2018) which states that "health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease". According to the International Labour Organization (2018), "workplace wellbeing relates to all aspects of working life, from the quality and safety of the physical environment, to how workers feel about their work, their working environment, the climate at work and work organization". Three main categories of well-being can be found in literature: mental well-being, physical well-being and social well-being (Grant, et al., 2007). This points to the fact that well-being is, similarly to health, a multi-dimensional concept.

It is a well-known fact that personal well-being has many benefits for the individual and the organisation in which he or she works. Research has shown that people who feel good are in better physical health, have better relationships, are more successful, find it easier to overcome stress at a workplace (Winwood, et al., 2007; Huppert, 2009), contribute to lower absenteeism levels and less illness-related costs (Harter, et al., 2003) and consequently to a more successful organization (Harter, et al., 2003; Wright & Cropanzano, 2004; Parks & Steelman, 2008). Boorman (2009) even emphasised that the well-being of employees in health organisations lowers the incidence of MRSA infections (*Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) in patients.

Health organisations are a challenging work environment. In their work, the employees in health organisations face continuous changes, so they have to be highly flexible. In addition to working in emotionally challenging conditions, employees in nursing also face challenges such as lack of staff, crowded hospitals, insufficient health services, lack of support from the management, many working hours and work overload. Therefore, nursing is an occupation that requires a lot of mental, emotional and physical energy from the employees (Divinakumar, et al., 2014), includes on-going interaction with different types of individuals such as doctors, nurses, other professionals, as well as patients and their families (Purcell, et al., 2011; Scheick, 2011).

Employees in nursing must take care of patients, but employers must also look after their employees by creating a healthy work environment. The World Health Organization (2010) defined a healthy workplace as a place of physical, mental and social well-being that fosters health and safety, which means that all employees work to achieve a state of health and well-being. A healthy work environment is an environment in which employees take care of the needs of the patients and their families, and at the same time reach the goals of the unit/department/organisation where they work. In addition, employees must also feel personal satisfaction when they are doing their jobs. It can, therefore, be said that employees in nursing who work in a healthy work environment provide quality care of the patients and foster a positive atmosphere to treat patients and also feel good at their workplace. With reference to encouraging awareness in establishing a healthy workplace, the American Association of Critical-Care Nurse defined six standards for making and keeping a healthy workplace for nurses of critically ill patients: skilled communication, true collaboration, effective

Assistant Professor Mateja Lorber, PhD, MSc, BSc, RN; University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenia

Kontaktne e-naslov / Correspondence e-mail: mateja.lorber@um.si

Received / Prejeto: 30. 8. 2018

Accepted / Sprejeto: 4. 9. 2018

<https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.3.851>

decision making, appropriate staffing, meaningful recognition and authentic leadership (American Association of Critical-Care Nurse, 2005). They are briefly presented below.

Firstly, efficient leadership is needed, and at the same time, awareness that all employees in nursing have the ability to be leaders is required. A healthy environment enhances leadership in employees and recognises the importance and expertise of the healthcare staff. In a healthy workplace, the leadership are aware that employees are valuable in ensuring a high quality care. Communication between employees, patients, their families and leadership is also important for a healthy workplace. In a healthy work environment nursing employees take part in the decision-making process regarding patient care and the work environment. In addition, employees are encouraged to express their thoughts and opinions that are appreciated. A healthy workplace also means that the employees are appropriately trained, professional development is offered to employees so that they can provide high quality care and treat patients with the respect they deserve. Also, a healthy workplace includes recognising the efforts and results of the staff, such as introducing celebrations on the occasion when a staff member gave a poster presentation or presented an article at a local, state or international event. Similarly, life-long learning and employee support should be encouraged. Mutual cooperation is one of the key components of a healthy workplace, so nursing employees should cooperate with other healthcare workers to reach the goals of patients, the department and the entire organisation. Mutual cooperation calls for good communication skills and the ability to work with others and make compromises. At a healthy workplace, employees are not afraid to speak their mind, but are rather encouraged to take part in making decisions related to healthcare and nursing.

Health and well-being at a workplace are the key elements of the Europe 2020 strategy to achieve smart, sustainable and inclusive growth (European Commission, 2010) since a healthy economy depends on a healthy population. European legislation and political measures recognise the importance of preserving the health and safety of employees, and maintenance of their well-being. With reference to safety and health, the 89/391/EGS directive (European Agency for Safety and Health at Work, 2018) states that work should be adjusted to an employee and not the other way around. In 2008, the European Commission together with the responsible social partners and interested parties, signed a European pact for mental health and well-being and a competitive Europe (European Union, 2012). In accordance, every employee should be aware that a healthy workplace is of key importance not only for the sake of the well-being of the employer and their employees, but also for the sake of the success of an organisation. Understanding

the complexity of ensuring high quality nursing is essential for the changes, which effectively foster healthy workplaces (American Association of Critical-Care Nurse, 2005).

Encouraging health at work does not only mean respecting the legal rules and regulations related to the health and safety of the employees, but also that an organisation strives to improve the general health and safety of its employees. If employees feel good at work and are healthy, this may bring several positive effects such as decreased employee fluctuation, decreased levels of absenteeism, as well as higher employee motivation and efficiency. It is a reflection and recognition of a "careful organisation" in the environment.

Care for employee health and safety should become the basic task of a socially responsible management in nursing as positive effects for employees, employers and the society at large can only be achieved if employers and employees work together in maintaining and strengthening the state of health. Of course, these effects should not be short-term but long-term, as only in this way can they bring the benefits such as better health and well-being of employees, and greater security at a workplace, which would also result in decreased chances for injuries, lower costs resulting from sick leave, higher productivity and compliance with the Health and Safety at Work Act, which imposes on employers the responsibility of promotion of health at the workplace.

In order to improve the health and well-being of employees at a workplace, efforts should be made by the management, employees and society at large by means of encouraging the personal development of individuals and their role in the decision-making process.

Slovenian translation / Prevod v slovenščino

Delo predstavlja pomemben vidik življenja zaposlenih v zdravstveni negi, saj na delovnem mestu preživimo velik del svojega življenja. Raziskovalci (Waddell & Burton, 2006; Robertson & Cooper, 2011) izpostavljajo, da je na delovnem mestu dobro počutje zelo pomemben dejavnik, saj vpliva na telesno zdravje, delovno uspešnost in karierni uspeh zaposlenega. Dobro počutje je pomembna osnova za zdravje; ključni pojem definicije zdravja Svetovne zdravstvene organizacije, ki pravi, da je zdravje stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega dobrega počutja in ne zgolj odsotnosti bolezni (World Health Organization, 2018). Dobro počutje na delovnem mestu se po opredelitvi Mednarodne organizacije dela (International Labour Organization, 2018) nanaša na vse vidike delovnega življenja, na kakovost in varnost delovnega okolja, na počutje zaposlenih v delovnem okolju, na organizacijsko klimo ter organiziranost

dela. V literaturi zasledimo tri kategorije dobrega počutja: psihološko dobro počutje, telesno dobro počutje ter socialno dobro počutje (Grant, et al., 2007). Iz navedenega je razvidno, da je tako kot zdravje tudi dobro počutje večdimenzionalen koncept.

Znano je, da ima dobro počutje mnoge koristi za posameznika, družbo in tudi organizacijo, v kateri je zaposlen. Raziskave kažejo, da imajo ljudje, ki se dobro počutijo, boljše fizično zdravje, boljše odnose, so uspešnejši, lažje premagujejo obremenitve na delovnem mestu (Winwood, et al., 2007; Huppert, 2009), prispevajo k manjši odsotnosti z dela in manjšim stroškom zaradi bolezni (Harter, et al., 2003) ter večji uspešnosti organizacije (Harter, et al., 2003; Wright & Cropanzano, 2004; Parks & Steelman, 2008). Boorman (2009) je celo izpostavil, da dobro počutje zaposlenih v zdravstvenih organizacijah zmanjša pojavnost okužb z MRSA (angl. *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*, sl. *proti meticilinu odporni Staphylococcus aureus*) pri pacientih.

Zdravstvene ustanove predstavljajo zahtevno delovno okolje. Zaposleni v zdravstvenih ustanovah se pri svojem delu srečujejo s stalno spreminjajočim se okoljem, zato morajo biti zelo prilagodljivi. V čustveno zahtevnih okoljih se zaposleni v zdravstveni negi soočajo še z izzivi, kot so pomanjkanje osebja, pomanjkanje usposabljanja, prenatrpane bolnišnice, nezadostne zdravstvene storitve, pomanjkanje podpore s strani vodstva, veliko delovnih ur in preobremenitev. Zdravstvena nega je torej eden od poklicev, ki zahteva od zaposlenih veliko energije na duševnem, čustvenem in fizičnem področju (Divinakumar, et al., 2014), vključuje pa tudi stalno interakcijo z različnimi posamezniki, kot so zdravniki, medicinske sestre, drugi strokovnjaki, pacienti in njihove družine (Purcell, et al., 2011; Scheick, 2011).

Tako kot so zaposleni v zdravstveni negi dolžni skrbeti za paciente, imajo tudi delodajalci dolžnost skrbeti za zaposlene, tako da ustvarijo zdravo delovno okolje. Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2010) je definirala zdravo delovno okolje kot prostor fizičnega, psihičnega in socialnega dobrega počutja v podporo zdravja in varnosti, kar pomeni, da vsi zaposleni delujejo v smeri doseganja vizije spodbujanja zdravja in dobrega počutja. Zdravo delovno okolje je tisto okolje, v katerem zaposleni zadovoljijo potrebe pacientov in njihovih družin ter hkrati dosežejo cilje enote / oddelka / organizacije, kjer so zaposleni. In nekje na tej poti morajo zaposleni občutiti tudi osebno zadovoljstvo ob opravljanju svojega dela. Glede na navedeno lahko rečemo, da zaposleni v zdravstveni negi v zdravem delovnem okolju zagotavljajo kakovostno oskrbo pacientov ter ustvarjajo pozitivno vzdušje za zdravljenje pacientov in se na delovnem mestu dobro počutijo. Glede na spodbujanje in zavedanje potrebe po vzpostavitvi zdravega delovnega okolja je Ameriško združenje medicinskih sester v zdravstveni negi kritično bolnih

(American Association of Critical-Care Nurse, 2005) opredelilo šest standardov za vzpostavitev in vzdrževanje zdravega delovnega okolja: učinkovita komunikacija, dobro sodelovanje, učinkovito odločanje, usposobljeno osebje, dobro prepoznavanje in avtentično vodenje. Na kratko jih predstavljamo v nadaljevanju.

V prvi vrsti mora biti prisotno učinkovito vodenje, hkrati pa je potrebno zavedanje, da imajo vsi zaposleni v zdravstveni negi sposobnost biti vodja. Zdravo delovno okolje je tisto, ki spodbuja vodilno vlogo pri zaposlenih ter priznava pomen in strokovno znanje zdravstvenega osebja. V zdravem delovnem okolju se vodstvo zaveda, da so zaposleni dragocen vir zagotavljanja kakovostne oskrbe. Prav tako je za zdravo delovno okolje ključnega pomena komunikacija med zaposlenimi, pacienti, njihovimi družinami in vodstvom. V zdravem delovnem okolju zaposleni v zdravstveni negi sodelujejo tudi v procesu odločanja glede oskrbe pacientov in delovnega okolja. Zaposlene se spodbuja k izrekanju misli in mnenj, ki so cenjena. Zaposleni so ustrezno usposobljeni. Načrtujejo se ukrepi za njihovo ustrezno usposabljanje, da bodo pacientom zagotavljali kakovostno zdravstveno nego in jih obravnavali spoštljivo. Zdravo delovno okolje vključuje tudi prepoznavanje prizadevanj in dosežkov osebja, kot je npr. uvedba praznovanj ob predstavitvi plakata ali prispevka na lokalnem, državnem ali mednarodnem srečanju. Prav tako se spodbujata vseživljenjsko učenje in podpora zaposlenim. Medsebojno sodelovanje je ena od ključnih sestavin zdravega delovnega okolja, zato morajo zaposleni v zdravstveni negi skupaj z drugimi člani zdravstvenega tima sodelovati pri doseganju ciljev pacienta ter oddelka in organizacije. Sodelovanje zahteva dobre komunikacijske spretnosti in zmožnost sodelovanja z drugimi ter sklepanje kompromisov. V zdravem delovnem okolju zaposleni ob izražanju lastnih mnenj niso prestrašeni ali zaskrbljeni, temveč se jih spodbuja k sodelovanju pri odločanju o zdravstveni negi ter oskrbi pacientov.

Zdravje in dobro počutje na delovnem mestu sta ključna elementa splošne strategije Evropa 2020 za pametno, trajnostno in vključujočo rast (Evropska komisija, 2010), saj je zdravo gospodarstvo odvisno od zdravega prebivalstva. Evropske zakonodaje in politični ukrepi priznavajo pomen ohranjanja zdravja in varnosti zaposlenih ter vzdrževanje njihovega dobrega počutja. Direktiva 89/391/EGS (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, 2018) o ukrepih za izboljšanje varnosti in zdravja zaposlenih navaja, da je treba delo prilagoditi posamezniku in ne obratno. V letu 2008 je Evropska komisija skupaj s pristojnimi socialnimi partnerji in zainteresiranimi stranmi podpisala evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, ki poudarja pomen duševnega zdravja in dobrega počutja za močno in konkurenčno Evropo (European Union, 2012). Glede na navedeno bi se

moral vsak delodajalec zavedati, da je zdravo delovno okolje ključnega pomena ne le zaradi dobrega počutja delodajalca in njegovih zaposlenih, temveč tudi zaradi uspeha organizacije. Razumevanje zapletenosti zagotavljanja kakovostne zdravstvene nege je namreč bistvenega pomena za spremembe, ki učinkovito spodbujajo zdrava delovna okolja (American Association od Critical-Care Nurse, 2005).

Spodbujanje zdravja na delovnem mestu ne pomeni le spoštovanja zakonskih predpisov ter zahtev o zdravju in varnosti zaposlenih, temveč tudi, da organizacija svojim zaposlenim pomaga izboljšati splošno zdravje in počutje. Če se zaposleni na delovnem mestu počutijo dobro in so zdravi, to pripomore k številnim pozitivnim učinkom, kot so manjša fluktuacija, manj odsotnosti z dela, večja motiviranost in učinkovitost zaposlenih. Gre za odraz in prepoznavanje »skrbne organizacije« v okolju.

Skrb za zdravje in dobro počutje zaposlenih mora postati osnovna naloga družbeno odgovornega ravnanja menedžmenta v zdravstveni negi, saj lahko le s skupnim sodelovanjem delodajalcev in zaposlenih na področju ohranjanja in krepitev zdravja dosežemo pozitivne učinke pri zaposlenih, delodajalcih in širši družbi. Seveda pa ti učinki ne smejo biti le kratkoročni, saj bodo le tako lahko prinašali številne koristi, kot so boljše zdravje in dobro počutje zaposlenih, večja varnost na delovnem mestu in s tem manjše tveganje za poškodbe, manjši stroški bolniških odsotnosti, večja produktivnost ter delovanje v skladu z Zakonom o varnosti in zdravju pri delu, ki delodajalcem določa izvajanje promocije zdravja na delovnem mestu.

Za izboljšanje zdravja in dobrega počutja zaposlenih na delovnem mestu so potrebna prizadevanja menedžmenta, zaposlenih in celotne družbe, ki pa morajo temeljiti na spodbujanju osebnostnega razvoja posameznika in omogočanju sprejemanja odločitev.

Literature

American Association of Critical-Care Nurses, 2005. *AACN standards for establishing and sustaining health work environment*. Available at: <https://www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWESTandards.pdf> [28. 8. 2018].

Boorman, S., 2009. *NHS Health and well-being: final report*. London: Department of Health. Available at: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130103004910/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_108799 [28. 8. 2018].

Divinakumar, K.J., Shivram, B.P. & Ram, C.D., 2014. Perceived stress psychological well-being and burnout among female nurses working in governmental hospitals. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2(4), pp. 1511–1515. <https://doi.org/10.5455/2320-6012.ijrms20141150>

European Union, 2008. *European pact for mental health and well-being: EU high level conference Together for mental health and well-being*. Available at: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style_mental/docs/pact_en.pdf [28. 8. 2018].

Evropska komisija, 2010. *Evropa 2020: strategija za pametno, trajnostno in vključujočo rast*. Available at: http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_SL_ACT_part1_v1.pdf [28. 8. 2018].

Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, 2018. *Okvirna direktiva o varnosti in zdravju pri delu*. Available at: <https://osha.europa.eu/sl/legislation/directives/the-osh-framework-directive/the-osh-framework-directive-introduction> [28. 8. 2018].

Grant, A.M., Christianson, M.K., & Price, R.H., 2007. Happiness, health, or relationship: managerial practices and employee well-being tradeoffs. *Academy of Management perspectives*, 21(3), pp. 51–63. <https://doi.org/10.5465/amp.2007.26421238>

Harter, J.K., Schmidt, F.L., & Keyes, C.L.M., 2003. Well-being in the workplace and its relationship to business outcomes: a review of the Gallup studies. In C.I.M. Keyes, & J. Haidt, eds. *Flourishing: positive psychology and live well-lived*. Washington: American Psychological Association, pp. 205–224. <https://doi.org/10.1037/10594-009>

Huppert, F.A., 2009. Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: health and well-being*, 1(2), pp. 137–164. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>

International Labour Organization, 2018. *Workplace well-being*. Available at: https://www.ilo.org/safework/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_118396/lang--en/index.htm [28. 8. 2018].

Parks, K.M., & Steelman, L.A., 2008. Organizational wellness programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), pp. 58–68. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.58> PMID:18211169

Purcell, S.R., Kutash, M. & Cobb, S., 2011. The relationship between nurses' stress and nurse staffing factors in a hospital setting. *Journal of Nursing Management*, 19, pp. 714–720. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01262.x> PMID:21899624

Robertson, I., & Cooper, C., 2011. *Well-being: productivity and happiness at work*. London: Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1057/9780230306738>

Scheick, D.M., 2011. Developing self-aware mindfulness to manage countertransference in the nurse-client relationship: an evaluation and developmental study. *Journal of Professional Nursing*, 27, pp. 114–123.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2010.10.005>
PMid:21420044

Waddell, G., & Burton, K.A., 2006. *Is work good for your health and well-being*. Available at:
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf [28.8.2018].

Winwood, P.C., Bakker, A.B., & Winefield, A.H., 2007. An investigation of the role of non-work-time behaviour in buffering the effects of work strain. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(8), pp. 862–871.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318124a8dc>
PMid:17693784

World Health Organization, 2010. *WHO healthy workplace framework and model: background and supporting literature and practice*. Available at:
https://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf [28. 8. 2018].

World Health Organization, 2018. *Constitution of WHO: principles*. Available at:
<https://www.who.int/about/mission/en/> [28. 8. 2018].

Wright, T.A., & Cropanzano, R., 2004. The role of psychological well-being in job performance: a fresh look at an age-old quest. *Organizational Dynamics*, 33(4), pp. 338–351.
<https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2004.09.002>

Cite as / Citirajte kot:

Lorber, M., 2018. A healthy work environment: care for the well-being and health of employees in nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3), pp. 148–152. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.3.851>

Original scientific article / Izvirni znanstveni članek

Perineal trauma during vaginal birth in Slovenia: analysis of national data for the period from 2013 to 2015

Poškodbe presredka pri vaginalnem porodu v Sloveniji: analiza nacionalnih podatkov za obdobje od 2013 do 2015

Petra Petročnik, Ana Polona Mivšek, Teja Škodič Zakšek, Ivan Verdenik, Anita Jug Došler

Key words: perineum; trauma; tears; childbirth; incidence

Ključne besede: presredek; poškodbe; raztrganine; porod; pojavnost

Assistant Petra Petročnik, MSc (UK), BsM

*Correspondence e-mail /
Kontaktni e-naslov:*
petra.petrocnik@zf.uni-lj.si

Assistant Professor Ana Polona Mivšek, PhD, BsM

Senior Lecturer Teja Škodič Zakšek, MSc (UK), BsM

Vse / All: University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Midwifery Department, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenia

Ivan Verdenik, PhD, MSc, BSc; University Clinical Center Ljubljana, Department for Obstetrics and Gynecology, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, Slovenia

Assistant Professor Anita Jug Došler, PhD, BSc; Slovenian Institute for Adult Education, Šmartinska cesta 134a, 1000 Ljubljana, Slovenia

ABSTRACT

Introduction: The aim of this retrospective study was to examine the rates of perineal tears during childbirth in Slovenian maternity hospitals in the period from 2013 to 2015.

Methods: A causal non-experimental method of quantitative empirical approach was conducted. Data were pooled from the Slovenian National Perinatal Information System and analysed for the period of 2013 to 2015. Data analysis was performed with the use of frequency distribution of attributive variables and the basic descriptive statistics of numerical variables.

Results: The incidence of perineal trauma during childbirth in all the 14 maternity hospitals varies from the "perineum without injury" to the "fourth degree perineal tear". Overall, 26.1 % of women sustained a first degree perineal tear, whereas 4.8 % of women had a second degree perineal tear. Severe perineal trauma included 0.8 % of third degree tears and 0.1 % of fourth degree tears.

Discussion and conclusion: Perineal trauma varies between Slovenian maternity hospitals. Women who have sustained tears that cut into their bowels may face serious health problems and should be given relevant advice regarding the state of their pelvic floor after childbirth. It is of great importance to appropriately recognise the severity of the perineal trauma. Moreover, health professionals should be familiar with the perineal trauma classification and the factors that may cause the perineum to tear during childbirth.

IZVLEČEK

Uvod: Namen te retrospektivne raziskave je bil proučiti pojavnost poškodb presredka pri vaginalnem porodu v slovenskih porodnišnicah v obdobju od 2013 do 2015.

Metode: Uporabljena je bila kavzalno neeksperimentalna metoda kvantitativnega empiričnega pristopa. Vsi podatki so bili pridobljeni iz nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema in analizirani za obdobje med letoma 2013 in 2015. Podatki so bili analizirani s pomočjo frekvenčne distribucije atributivnih spremenljivk ter osnovne deskriptivne statistike numeričnih spremenljivk.

Rezultati: Pogostost poškodb presredka pri vaginalnem porodu v vseh 14 slovenskih porodnišnicah se razteza od stanja brez kakršnekoli poškodbe presredka do četrte stopnje poškodbe presredka. Ženske so najpogosteje utrpeli raztrganino presredka prve stopnje (26,1 %), medtem ko je 4,8 % žensk utrpelo raztrganino presredka druge stopnje. Hujše poškodbe presredka so bile prisotne v 0,8 % pri raztrganini presredka tretje stopnje in v 0,1 % pri raztrganini presredka četrte stopnje.

Diskusija in zaključek: Število poškodb presredka med porodom je glede na posamezne porodnišnice v Sloveniji še vedno precej različno. Ženske, ki utrpijo hujše poškodbe presredka, kamor uvrščamo raztrganine, ki segajo v črevesje, se lahko soočajo z resnimi zdravstvenimi težavami in potrebujejo ustrezno svetovanje glede stanja medeničnega dna po porodu. Obenem je za zdravstvene delavce posebej pomembno, da so večji klasifikacije porodnih poškodb ter hkrati dobro poznajo faktorje, ki lahko vplivajo na raztrganine presredka med porodom.

Introduction

Perineal trauma has been an important research topic for decades, as it is estimated that approximately 85 % of women who give birth vaginally, experience some degree of perineal trauma (Brandie & MacKenzie, 2009). This can involve a certain degree of perineal tear, episiotomy or, in some cases, both (Royal College of Midwives, 2012). The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2015) designed a perineal trauma classification that is widely used in various countries, including Slovenia. The classification divides perineal tears into four levels that are presented in Table 1.

Table 1: *Classification of perineal trauma (RCOG, 2015, p. 5–6)*

Tabela 1: *Klasifikacija porodnih poškodb (RCOG, 2015, p. 5–6)*

<i>Degree of perineal tear / Stopnja porodne poškodbe</i>	<i>Injury to perineal structures / Poškodbe perinealnega tkiva</i>
First-degree tear	Injury to the skin and/or vaginal mucosa.
Second-degree tear	Injury that includes perineal muscles without the anal sphincter.
Third-degree tear	Injury involving anal sphincter complex and is further divided: 3a: less than 50 % of external sphincter torn; 3b: more than 50 % of external sphincter torn; 3c: internal anal sphincter torn.
Fourth-degree tear	Injury involving the anal sphincter and anal epithelium.

First and second degree perineal tears are considered to be the most frequent perineal tears during vaginal birth (Selo-Ojeme, et al., 2015). According to the European perinatal health report (EPHR) (Euro-Peristat, 2010) the percentage of women who experienced first- or second-degree tear in 2010, ranged from 4 % in Finland to up to 58 % in Iceland. Severe perineal trauma (also known as obstetric anal sphincter injury – OASI) involves third and fourth-degree tears and is less common (Dahlen, et al., 2015; RCOG, 2015). The EPHR (2010) reported that the numbers of third- and fourth-degree perineal tears varied from 0.1 % in Poland and Romania to 4 % in Denmark, Iceland and the Netherlands. However, the incidence of perineal trauma in individual countries ranges. For example, in the United Kingdom severe perineal trauma ranged from 0–8 % (Thiagamorthy, et al., 2014), while in Slovenia, severe perineal trauma was indicated in 0.29 % of women in the period from 2007 to 2011 (Verdenik, et al., 2013).

Perineal trauma can affect women's health - both physically and psychologically (Kalichman, 2008). The most common symptom related to childbirth trauma is perineal pain (Selo-Ojeme, et al., 2015). Other problems include the occurrence of dyspareunia (Mazza, 2011), affected sleep pattern, slower wound healing process and infection (Boyles, 2006), as well as fatigue and depression (Albers & Borders, 2007). Severe perineal trauma may also result in urinary and faecal incontinence (Boyles, et al., 2009; Baghestan, et al., 2010; Minini, et al., 2010). The latter can cause a range of symptoms that can lead to serious hygienic, social and psychological issues of

women (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC], 2015).

Several risk factors for perineal trauma have been identified in the literature. These can be attributed to the woman, foetus or the labour process (SOGC, 2015). Risk factors that are attributed to women are the nutritional status and related body mass index (Thakar & Sultan, 2010), lack of physical activity (Voldner, et al., 2009), age (Angioli, et al., 2000; Dahlen, et al., 2015), ethnicity (Dahlen, et al., 2007), length of perineum (Dua, et al., 2009), previous perineal injuries (Thakar & Sultan, 2010) and primiparity (Groutz, et al., 2011; Dahlen, et al., 2015). Factors attributed to the foetus are birthweight of more than 4000 g, large head

circumference, postmaturity and malpresentations (Goldberg, et al., 2003; Groutz, et al., 2011). Other factors include birth positions leading to an increased risk for perineal trauma, operative vaginal deliveries, median episiotomy, epidural analgesia, and a prolonged second stage of labour (SOGC, 2015).

Aims and objectives

The main aim of the study was to examine the differences between the rates of perineal tears during childbirth in all the 14 Slovenian maternity hospitals. The objective was to outline the incidence of perineal trauma in the period of three years (2013–2015) in various maternity hospitals in Slovenia. The majority of Slovenian women give birth in one of the fourteen maternity hospitals. The main research question was how common is perineal trauma among women giving birth in Slovenian maternity hospitals.

Methods

In this retrospective study, a causal non-experimental method of quantitative empirical research was conducted. National data were pooled from the Slovenian National Perinatal Information System (NPIS).

Description of the research sample

The sample included data from all the 14 Slovenian maternity hospitals in the period of three years (from

2013 to 2015). Two of the maternity hospitals (Ljubljana and Maribor) provide healthcare on a tertiary level, while others are secondary level maternity hospitals. The numbers for 20,489 births were pooled out only for primiparous women who had a vaginal birth at term (37 0/7 to 42 0/7 weeks of gestation), without obstetric intervention, such as vacuum extraction or forceps delivery. The sample included all the 14 maternity hospitals in Slovenia (Brežice, Celje, Izola, Jesenice, Kranj, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Postojna, Ptuj, Slovenj Gradec, Trbovlje).

Description of the research instrument

The data regarding the incidence of different degrees of perineal trauma sustained during childbirth was pooled from the Slovenian national Perinatal Information System database that includes information regarding perinatal outcomes for each individual maternity hospital in Slovenia. The database, which was established in 1986, collects the data of women during childbirth, characteristics of childbirth and their newborns. According to the National Institute of Public Health Slovenia (2017) the Perinatal Information System database collects the data for all live births, regardless of their birth weight, and stillborns with the birth weight of 500 grams and more, or gestational age of 22 weeks and more. The data is collected in the database from the records that were carefully completed by the healthcare professionals in all maternity hospitals across Slovenia.

Description of the research procedure and data analysis

Perinatal results have been analysed in terms of the level of trauma of the perineum during childbirth. The results were compared between the 14 maternity hospitals in Slovenia. Data analysis was performed with the use of frequency distribution of attributive variables and the basic descriptive statistics of numerical variables (ranks with categories of maternity hospitals). Data have been processed with the SPSS ver. 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). The data were compiled according to the relevant professional and scientific literature from the field of perineal trauma during childbirth. Objectiveness was assured by means of a standardised instructions for all maternity hospitals before conducting the research. Validity was increased by conducting expert examination of the perinatal data and results. Experts familiar with the theoretical background of the study and the methodological approaches evaluated the explicitness, distinctiveness and exhaustiveness of the developed categories and questions in the research instrument, as suggested by Polit & Beck (2004).

Results

The research data about the level of trauma to the perineum during childbirth in all the 14 maternity hospitals in Slovenia are presented in Table 2.

The data show that the incidence of trauma to the perineum during childbirth in all the 14 maternity hospitals varied from the "perineum without injury" to the "fourth degree perineal rupture". There were 53.9–89.8 % of women that did not sustain perineal lacerations. The rate of first degree perineal tear was between 7.9 % and 35.9 %, with the average being as high as 26.1 %. The percentages of second degree tear ranged from 1.7 % to 13.2 %. The average rate of second degree perineal tear was 4.8 %. The lowest range of third degree tears was 0.1 %, whereas the highest 1.8 %, with the average range was 0.8 %. Eight maternity hospitals did not report on any fourth degree perineal tears. In the remaining six maternity hospitals the fourth degree perineal tears ranged from 0.1 % to 0.3 %. The average rate of all the maternity hospitals regarding the fourth degree perineal tear was 0.1 %.

Discussion

The results of this study show that the incidence of perineal trauma varies among the 14 Slovenian maternity hospitals. Differences between the maternity hospitals have been noticed in the frequency distribution of data. However, it should be acknowledged that the differences were not calculated with statistical tests.

As expected, the first degree perineal tear was the most common perineal tear that occurred in 26.1 % of all primiparous women who had a vaginal birth at term between 2013 and 2015. Two maternity hospitals reported that their rates of a first degree tear were below 10 %. Four maternity hospitals outlined their rates to be between 10–20 %, whereas occurrence of first degree perineal tears in three maternity hospitals was between 20 % to 30 %. In five maternity hospitals the rates of first degree tear exceeded 30 %. When looking at second degree perineal tears, eight maternity hospitals reported rates of 1–5 %. There were five maternity hospitals where the percentage of second degree perineal tear was between 5–10 %. Only one maternity hospital reported the occurrence of second degree perineal tear in more than 10 %.

When comparing the rates of severe perineal tears, the majority of perineal tears were third degree (0.8 %). More precisely, in eight maternity hospitals, the rates of third degree tears were between 0.2 % and 0.5 %. Four maternity hospitals reported rates between the range of 0.6 % to 1 %, while the rates were above 1 % in two maternity hospitals. The occurrence of fourth degree perineal tears was low in all maternity hospitals and did not exceed 0.3 %. This is in line with the data reported in *Perinatologia Slovenica II* (2013), where the rates of third and fourth degree tears in 2011 were 0.32 %, which included all the maternity

Table 2: *Perineal tears during childbirth in Slovenian maternity hospitals (primiparous women with vaginal birth at term, without obstetric intervention), period 2013–2015***Tabela 2:** *Število, odstotek in stopnja poškodb presredka med porodom v slovenskih porodnišnicah (vaginalni porodi ob terminu poroda brez intervencij), obdobje 2013–2015*

Maternity hospital / Porodnišnica		Perineal trauma during childbirth (rate of rupture) / Poškodbe presredka med porodom (stopnja raztrganine)					Total / Skupaj
		without	first	second	third	fourth	
Brežice	<i>n</i>	325	131	15	4	0	475
	%	68.4	27.6	3.2	0.8	0.0	100.0
Celje	<i>n</i>	1485	472	42	8	0	2007
	%	74	21.3	2.1	0.4	0.0	100.0
Jesenice	<i>n</i>	476	274	116	16	0	882
	%	53.9	31.1	13.2	1.8	0.0	100.0
Izola	<i>n</i>	499	182	27	1	0	709
	%	70.4	25.7	3.8	0.1	0.0	100.0
Kranj	<i>n</i>	1001	480	81	12	0	1574
	%	63.6	30.5	5.1	0.8	0.0	100.0
Ljubljana	<i>n</i>	3375	2111	308	85	2	5881
	%	57.5	35.9	5.2	1.4	0.0	100.0
Maribor	<i>n</i>	2332	744	162	16	6	2332
	%	60.2	31.9	6.9	0.7	0.3	100.0
Murska Sobota	<i>n</i>	857	185	28	2	1	1073
	%	79.9	17.2	2.6	0.2	0.1	100.0
Nova Gorica (Šempeter)	<i>n</i>	444	105	14	3	1	567
	%	78.3	18.5	2.5	0.5	0.2	100.0
Novo mesto	<i>n</i>	1034	157	37	7	1	1236
	%	83.6	12.7	3.0	0.6	0.1	100.0
Postojna	<i>n</i>	1338	155	26	8	0	1527
	%	87.6	10.2	1.7	0.5	0.0	100.0
Ptuj	<i>n</i>	811	71	17	3	1	903
	%	89.8	7.9	1.9	0.3	0.1	100.0
Slovenj Gradec	<i>n</i>	383	292	89	2	0	895
	%	57.3	32.6	9.9	0.2	0.0	100.0
Trbovlje	<i>n</i>	360	41	25	2	0	428
	%	84.1	9.6	5.8	0.5	0.0	100.0
Total / Skupaj		13966	5355	987	169	12	20489
		68.2	26.1	4.8	0.8	0.1	100.0

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

hospitals. Although half of the fourth degree perineal tears occurred in one maternity hospital, it should be acknowledged that this is the second largest maternity hospital in Slovenia, which provides care on a tertiary level. According to the EPHR (2010) severe perineal tears (third and fourth degree) were above 3 % in Switzerland, Iceland, United Kingdom (only England and Scotland), Sweden, The Netherlands and Denmark. Countries with the lowest incidence of third and fourth degree lacerations, where severe perineal tears did not exceed 1 %, were Cyprus, Poland, Portugal, Romania and Slovenia (EPHR, 2010). The data presented in this study show that the rates of severe perineal tears in Slovenian maternity hospitals from 2013 to 2015 do not exceed 1 %. Low numbers of severe perineal tears among women giving birth in Slovenian maternity

hospitals are an important factor contributing to the quality of women's lives in the postpartum period.

It should be outlined that women who have sustained severe perineal trauma and have problems with anal incontinence, often feel socially stigmatised (Andrews, et al., 2006) and embarrassed to report about their intimate problems (SOGC, 2015). Therefore, they should be offered suitable advice with regard to the state of their perineum and possible accompanying symptoms. This is an important aspect of the postpartum care in the maternity hospital and should not be underestimated in the community care. As the common symptom of the perineal trauma is pain (Selo-Ojeme, et al., 2015), it has to be acknowledged that options for pain relief in the postpartum period are limited for women who are breastfeeding their

newborns (Steen & Roberts, 2011). Drusany Starič and colleagues (2017) outlined that women with risk factors for obstetric anal sphincter injuries require special attention during birth in order to help prevent the perineal trauma.

However, Smith and colleagues (2013) state that severe perineal trauma is often not appropriately recognised and therefore, goes underreported. In Slovenia, approximately 1–2 % of obstetric anal sphincter injuries are recognized at birth (Jakopič & Lukanović, 2009). In their research, Jakopič and colleagues (2009) examined 26 women after childbirth with the anal ultrasound and found that 46 % of women had an anal sphincter injury. Although their study included a small study sample, it is clear that a good cooperation of a multidisciplinary team with extensive knowledge on perineal trauma classification is required to appropriately address the degree and severity of perineal trauma during childbirth (Dahlen, et al., 2015). Midwives and other healthcare professionals should be familiar with the factors that have an effect on perineal trauma, as they can lower the incidence of the perineal trauma. Training in perineal trauma classification on a regular basis is recommended for healthcare professionals who accompany women during childbirth.

Differences in the frequency of perineal trauma could be attributed to: important epidemiological factors, differences in the data recording or differences of the clinical practice, such as the use of different perineal management techniques, birthing pool, digital perineal stretching during the second stage of labour, birth positions of the woman, and the level of the maternity hospital (secondary or tertiary) (Smith, et al., 2013). As the authors of this study did not have access and control over data recording, this could also have had an impact on the analysed data.

One advantage of this study is the large data sample including reported numbers for all fourteen maternity hospitals in Slovenia in the three-year period from 2013 to 2015. However, the authors are aware of the study's limitations. As the data were pooled from the national database, it was not possible to analyse women's characteristics such as age and body mass index from individual maternity hospital. The limitation of this study might also be the potential inconsistency in record-keeping across the period of three years and among healthcare professionals. Due to this, the authors of this study could not control the quality of the data.

A further analysis of the reasons for the reported changes in perineal trauma could be further analysed with multivariate analysis by considering important risk factors for perineal trauma, such as the mother's body mass index (BMI), fetal head circumference, birth weight and the length of labour. We recommend that an observational study that would research different approaches in the management of the perineum

during the second stage of labour is conducted. Further research outlining the rates of episiotomies in maternity hospitals is recommended on a regular basis.

Conclusion

This study has revealed the incidence of perineal trauma during childbirth in all the fourteen Slovenian maternity hospitals. The percentage of perineal tears in primiparous women who had a vaginal birth at term (37/0–42/0 weeks of gestation) without obstetric intervention, varies between individual maternity hospitals. Although the average occurrence of perineal tears remains low, there is always room to optimise clinical practice by being familiar with the perineal management techniques and the use of different birth positions, and provide continuous professional development to the healthcare professionals who accompany women during labour and childbirth.

Acknowledgements / Zahvala

The authors would like to acknowledge Assist. Mateja Kusterle for proofreading the manuscript. / Avtorji se zahvaljujejo asist. Mateji Kusterle za jezikovni pregled prispevka.

Conflict of interest / Nasprotje interesov

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

Funding / Financiranje

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

Ethical approval / Etika raziskovanja

The analysed data were unidentified. The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Midwives of Slovenia (2014). / Podatki analizirani v raziskavi so bili deidentificirani. Raziskava je bila pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in Kodeksa etike za babice Slovenije (2014).

Author contributions / Prispevek avtorjev

PP, AJD, APM and IV designed the study, data analysis and interpretation was performed by AJD and IV. PP, AJD and TSZ conducted the manuscript draft, whereas critical revision of the manuscript was performed by AJD and APM. Final approval of the manuscript was given by PP and AJD. / PP, AJD,

APM in IV so načrtovali raziskavo, analiza podatkov je bila opravljena s strani AJD in IV. PP, AJD in TSZ so pripravili osnutek prispevka raziskave, medtem ko sta AJD in APM kritično pregledali prispevek. Končni prispevek je bil pregledan s strani PP in AJD.

Literature

Albers, L.L. & Borders, N., 2007. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52(3), pp. 246–253. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2006.12.008> PMID:17467591

Andrews, V., Sultan, A., Thakar, R. & Jones, P.W., 2006. Occult anal sphincter injuries: myth or reality. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(2), pp. 195–200. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00799.x> PMID:16411998

Angioli, R., Gómez-Marín, O., Cantuaria, G. & O'Sullivan, M.J., 2000. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(5), pp. 1083–1085. <https://doi.org/10.1067/mob.2000.105403> PMID:10819834

Baghestan, E., Irgens, L.M., Bordahl, P.E. & Rasmussen, S., 2010. Trends in risk factors for obstetric anal sphincter injuries in Norway. *Obstetrics and Gynecology*, 116(1), pp. 25–33. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181e2f50b> PMID:20567164

Boyle, M., 2006. *Wound healing in midwifery*. Abingdon: Radcliffe, pp. 27–115. PMID:16113513

Boyles, S.H., Li, H., Mori, T., Osterweil, P. & Guise, J.M., 2009. Effect of mode of delivery on the incidence of urinary incontinence in primiparous women. *Obstetrics and Gynecology*, 113(1), pp. 134–141. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318191bb37> PMID:19104369

Brandie, K. & MacKenzie, A., 2009. Perineal trauma following vaginal delivery. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, 105, pp. 40–55.

Dahlen, H.G., Priddis, H. & Thornton, C., 2015. Severe perineal trauma is rising, but let us not overreact. *Midwifery*, 31(1), pp. 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.004> PMID:25440297

Dahlen, H.G., Ryan, M., Homer, C.S. & Cooke, M., 2007. An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. *Midwifery*, 23(2), pp. 196–203. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.04.004> PMID:17125892

Drusany Starič, K., Bukovec, P., Jakopič, K., Zdravevski, E., Trajković, V. & Lukanović, A., 2017. Can we predict obstetric anal sphincter injury. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 210, pp. 196–200. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.12.029> PMID:28061422

Dua, A., Whitworth, M., Dugdale, A. & Hill, S., 2009. Perineal length: norms in gravid women in the first stage of labour. *International Urogynecology Journal*, 20(11), pp. 1361–1364. <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0959-x> PMID:19649551

Euro-Peristat, 2010. *European perinatal health report: health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Available at: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf [10. 10. 2016].

Goldberg, J., Hyslop, T., Tolosa, J.E. & Sultana, C., 2003. Racial differences in severe perineal lacerations after vaginal delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(4), pp. 1063–1067. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.251> PMID:12712111

Groutz, A., Hasson, J., Wengier, A., Gold, R., Skornick-Rapaport, A., Lessing, J.B., et al., 2011. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(4), pp. 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.11.019> PMID: 21183150

Jakopič, K. & Lukanović, A., 2009. Poškodbe analnega sfinktra ob porodu. *Zdravniški Vestnik*, 78(Suppl I), pp. I298–I300.

Jakopič, K., Lukanović, A. & Gruden, A., 2009. Prikrite poškodbe analnega sfinktra v porodnišnici Ljubljana – incidence in dejavniki tveganja. *Zdravniški Vestnik*, 78(Suppl I), pp. I301–I303.

Kalichman, L., 2008. Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. *Israel Medical Association Journal*, 10(7), pp. 531–533.

Kodeks etike za babice Slovenije, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Mazza, D., 2011. *Women's health in general practice*. 2nd ed. Chatswood: Elsevier Australia, pp. 150–270.

Minini, G., Zanelli, S., Inselvini, P., Caria, M., Grosso, S. & Quaresmini, D., 2010. Mechanisms of pelvic floor trauma during vaginal delivery. In: G.A. Santoro, A.P. Wiczorek & C.I. Bartram, eds. *Pelvic Floor Disorders: imaging and multidisciplinary approach to management*. Milano: Springer Italia, pp. 137–141. https://doi.org/10.1007/978-88-470-1542-5_16

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2004. *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, pp. 315–441.

Royal College of Midwives [RCM], 2012. *Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour: care of the perineum*. London: RCM, pp. 2–9.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2015. *The management of third- and fourth-degree perineal tears: green-top guideline no. 29*. Liverpool: RCOG, pp. 2–15.

Selo-Ojeme, D., Pathak, S. & Joshi, V., 2015. The knowledge, practice and opinion of midwives' in the UK on their training in obstetric perineal repair. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 291(6), pp. 1265–1270.

<https://doi.org/10.1007/s00404-014-3574-0>

PMid:25501836

Smith, L.A., Price, N., Simonite, V. & Burns, E.E., 2013. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, pp. 59.

<https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-59>

PMid:23497085; PMCid:PMC3599825

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC], 2015. Clinical practical guideline no. 330: obstetrical anal sphincter injuries (OASIS): prevention, recognition, and repair. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(12), pp. 1131–1148.

Steen, M. & Roberts, T., 2011. The consequences of pregnancy and birth for the pelvic floor. *British Journal of Midwifery*, 19(11), pp. 692–698.

<https://doi.org/10.12968/bjom.2011.19.11.692>

Thakar, R. & Sultan, A.H., 2010. Prevention of perineal trauma. In: G.A. Santoro, A.P. Wiczorek & C.I. Bartram, eds. *Pelvic floor disorders: imaging and multidisciplinary approach to management*. Milano: Springer Italia, pp. 155–162.

https://doi.org/10.1007/978-88-470-1542-5_18

Thiagamoorthy, G., Johnson, A., Thakar, R. & Sultan, A.H., 2014. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. *International Urogynecology Journal*, 25(12), pp. 1621–1627.

<https://doi.org/10.1007/s00192-014-2406-x>

PMid:24832856

Verdenik, I., Novak Antolič & Ž., Zupan, J., eds., 2013. *Perinatologia Slovenica II: Slovenski perinatalni rezultati za obdobje 2002–11*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD in Ginekološka klinika, UKC Ljubljana.

Voldner, N., Frøslie, K.F., Haakstad, L.A., Bo, K. & Henriksen, T., 2009. Birth complications, overweight, and physical inactivity. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(5), pp. 550–555.

<https://doi.org/10.1080/00016340902818162>

PMid:19277916

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), pp. 2191–2194.

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

PMid:24141714

Cite as / Citirajte kot:

Petročnik, P., Mivšek, A.P., Škodič Zakšek, T., Verdenik, I. & Jug Došler, A., 2018. Perineal trauma during vaginal birth in Slovenia: analysis of national data for the period from 2013 to 2015. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3), pp. 153–159. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.3.209>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Vloga staršev in vzgoje za zdravje pri oblikovanju odgovornega spolnega vedenja: raziskava med učenci osnovne šole

The role of parents and health education in shaping responsible sexual behavior: research among primary school students

Sanela Pivač, Sedina Kalender Smajlović

Ključne besede: spolnost; vedenje; odnosi; družina; ozaveščenost

Key words: sexuality; behavior; relationships; family; awareness

viš. pred. Sanela Pivač, dipl. m. s., spec. managementa, mag. zdr. neg.

Kontaktne e-naslov /
Correspondence e-mail:
spivac@fzab.si

pred. Sedina Kalender
Smajlović, dipl. m. s., mag. zdr.
neg.

Obe / Both: Fakulteta za
zdravstvo Angele Boškin,
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice,
Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Spolno vedenje je pogosto povezano z določenim zdravstvenim tveganjem, kar vključuje nizko spolno ozaveščenost, značilno za spolno vedenje mladih brez izkušenj. Namen raziskave je bil ugotoviti odnos učencev do spolnega vedenja ter vlogo staršev in spolne vzgoje pri zavedanju učencev o posledicah tveganega spolnega vedenja.

Metode: Izvedena je bila kvantitativna neeksperimentalna metoda raziskovanja, s pomočjo strukturiranega vprašalnika na vzorcu 144 učencev ene izmed osnovnih šol na Gorenjskem, septembra 2013. Za analizo podatkov so bili uporabljeni opisna statistika, Mann Whitneyjev U-test, Kruskal – Wallisov test ter linearna večkratna regresijska analiza.

Rezultati: Trditev »Kadar imam težave, mi družina nudi oporo« ima statistično značilen vpliv na pozitivno oblikovanje mnenj o spolnem vedenju ($\beta = 0,259$, $p = 0,002$). Ugotovili smo statistično pomemben vpliv zavedanja anketirancev o posledicah tveganega spolnega vedenja in proučevanih spremenljivk, kot sta »Spolna vzgoja pomaga pri razumevanju telesnih in čustvenih sprememb, ki jih prinaša puberteta ($\beta = 0,089$, $p < 0,001$)« in »Pri prvem spolnem odnosu moram paziti, da sem zaščiten/-a« ($\beta = 0,066$, $p = 0,001$).

Diskusija in zaključek: Anketirani učenci so dovzetni za ustvarjanje boljšega spolnega vedenja takrat, ko jim podpora - pogosto kot prvi vir - nudi družina. Spolna vzgoja predstavlja preventivo pred tveganim spolnim vedenjem. Gre za proces, v katerem posameznik pridobi informacije in oblikuje stališče / prepričanja o spolnosti, spolni identiteti, odnosih in intimnosti.

ABSTRACT

Introduction: Sexual behavior is often associated with certain health risks, which include low sexual awareness, which is characteristic of young people without experience. The purpose of the research was to determine students' attitudes towards sexual behavior and the role of their parents and sexual education in students' awareness of the consequences of risky sexual behavior.

Methods: We used the quantitative non-experimental research method. Data were collected by using a structured questionnaire on a sample of 144 pupils at a primary school in the Gorenjska region in September 2013. The data obtained were analysed using descriptive statistics, the Mann Whitney U test, the Kruskal-Wallis test and multiple linear regression analysis.

Results: The variable »when I have problems, my family provides support« has a statistically significant impact on the formation of positive opinions on sexual behavior ($\beta = 0.259$, $p = 0.002$). We have found a statistically significant impact of the awareness of the respondents about the consequences of risky sexual behavior and the researched variables such as "sex education helps in understanding the physical and emotional changes brought by puberty" ($\beta = 0.089$, $p < 0.001$) and "with my first sexual intercourse I need to make sure that I am protected" ($\beta = 0.066$, $p = 0.001$).

Discussion and conclusion: The respondents are prone to exhibit better sexual behavior when they receive family support, often as the first source of support. Sexual education of young people represents prevention against risky sexual behavior. It is a process where an individual may obtain information and form a position / beliefs about sexuality, sexual identity, relationships and intimacy.

Uvod

Mladost je človekovo razvojno obdobje od spočetja do samostojnosti. V tem času telesno dozori za razmnoževanje, v osnovi pa se vključijo v delovanje tudi različne sposobnosti v vseh drugih razsežnostih. Glavni nalogi mladostnega obdobja sta zdrava rast in temeljno učenje za življenje. Oboje preraste v zmožnost za lastno samostojno družino in delo (Ramovš & Ramovš, 2007). Obdobje mladostništva je izredno pomembno za razvoj in izoblikovanje osebne identitete ter oblikovanje vrednot in sposobnosti uspešnega reševanja sodobnih problemov (Žalar, et al., 2013). Mladostništvo delimo na zgodnje mladostništvo do približno 14. leta, srednje mladostništvo do približno 17. ali 18. leta, pozno mladostništvo do približno 22. ali 24. leta (Marjanovič Umek, et al., 2009). Na prehodu v adolescenco in v njej se zaradi sprememb v odnosu do odraslih avtoritet, od katerih mladostnik postaja vse bolj neodvisen, poveča tudi število situacij, ki od mladostnika zahtevajo spoprijemanje. To je obdobje, ki pomembno vpliva na razvoj in izoblikovanje osebne identitete (Žalar, et al., 2013).

Mladi zelo zgodaj vstopajo v aktivno spolno življenje, slabo znanje o spolnosti pa zahteva ukrepanje (Hafner, 2011), zato mora biti varovanje reproduktivnega zdravja mladostnikov naša neprestana prednostna naloga. Glede na razpoložljive podatke so trenutno najpomembnejši izzivi v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov v Sloveniji: zgodnja spolna dejavnost mladostnikov, slaba uporaba dvojne zaščite pri spolnih odnosih, nezadostno odkrivanje spolno prenosljivih okužb (Pinter, et al., 2009). Prvi znaki spolnega vedenja so opazni že pri pubertetnikih v času adolescence, ki predstavlja obdobje spolnega dozorevanja, oblikovanja spolne vloge in želje po raziskovanju o spolnosti (Frotenberry, 2013).

Pomemben proces varovanja reproduktivnega zdravja mladostnikov predstavlja spolna vzgoja, pri kateri posameznik pridobi informacije in oblikuje stališča / prepričanja o spolnosti, spolni identiteti, odnosih in intimnosti (Byram, 2015). Tuji strokovnjaki spolno vzgojo v šoli ocenjujejo kot orodje za delno rešitev različnih mladostniških težav v zvezi s spolnostjo. Poleg znanja poudarjajo pozitiven vpliv na vrednote, stališča, uporabo kontracepcije in spolno vedenje nasploh ter bolj stvaren pogled na možne posledice (Kirby, 2009). Spolno vzgojo v šoli opredeljujejo tudi kot sredstvo za preprečevanje tveganega spolnega vedenja, ki mladostnika lahko izpostavlja neželeni nosečnosti ali spolno prenosljivim boleznim. Poudarjajo tudi pomen evalvacije spolne vzgoje v šolah (Jacobs & Wolf, 2009).

Pomembno vlogo pri spodbujanju zdravega spolnega vedenja imajo starši (Markham, et al., 2010). Eichtinger (2012) navaja, da so starši oz. skrbniki pomembni za učenje mladih o spolnosti. Dobri odnosi v družini in odprti pogovori vplivajo na zdravo spolno življenje v

času odraščanja. Mladi, ki imajo podporo v družini ter so seznanjeni s spolnim življenjem s strani staršev, so bolj ozaveščeni o zdravem spolnem življenju in se tudi zavedajo posledic tveganega spolnega življenja (Tolma, et al., 2011).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti odnos učencev do spolnega vedenja ter vlogo staršev in spolne vzgoje pri zavedanju učencev o posledicah tveganega spolnega vedenja. Postavili smo naslednje hipoteze:

H1: Dekleta se s starši bolj odprto pogovarjajo o spolnosti kot fantje.

H2: Izobrazba staršev in dobri medsebojni odnosi so povezani z oblikovanjem pozitivnih mnenj anketirancev o spolnem vedenju.

H3: Tvegano spolno vedenje anketirancev je povezano s spolno vzgojo.

Metode

Raziskava temelji na kvantitativni neeksperimentalni metodi raziskovanja, podatke smo zbirali s tehniko anketiranja, kot instrument smo uporabili strukturiran vprašalnik.

Opis instrumenta

Vprašalnik je sestavljen iz treh sklopov z različnim številom vprašanj: vprašanja tipa ponujenih odgovorov in trditve v obliki stališč zaprtega tipa. Prvi sklop se je nanašal na demografske podatke. Drugi sklop se je nanašal na oceno odnosa do spolnosti in spolne vzgoje. Vprašanja v drugem sklopu so bila oblikovana na podlagi Likertove lestvice stališč ter dveh vprašanj s ponujenimi odgovori. Tretji sklop vprašalnika je bil namenjen testu znanja o spolnosti. Uporabili smo Likertovo lestvico stališč. Posamezne vrednosti so definirane z oceno od 1 do 5. Ocena 1 je pomenila, da se z navedeno trditvijo sploh ne strinjajo, 2 – se ne strinjajo, 3 – niti se ne strinjajo/niti se strinjajo, 4 – se strinjajo, 5 – se zelo strinjajo. Vprašalnik smo oblikovali na osnovi pregleda literature (Maurič, 2003; Pinter, et al., 2006; Gavin, et al., 2009). Pri izpolnjevanju vprašalnika je bila anketirancem zagotovljena popolna anonimnost. Zanesljivost vprašalnika smo preverjali z metodo analize notranje konsistentnosti. Crohnbachov koeficient alfa v drugem sklopu vprašalnika, ki se nanaša na oceno odnosa do spolnosti in spolne vzgoje, je znašal 0,742. Veljavnost instrumenta smo pojasnili tudi s pomočjo faktorske analize po spremenljivkah v raziskavi.

Opis vzorca

V raziskavo smo vključili učence 7., 8. in 9. razreda na eni izmed osnovnih šol na Gorenjskem. Populacijo

je sestavljalo 192 učencev, v raziskavi je sodelovalo 144 učencev, kar predstavlja 75 % realizacijo vzorca. Od tega je v raziskavi sodelovalo 77 (53 %) žensk in 67 (47 %) moških. Vzorec je bil priročni. Največ anketirancev je bilo starih 13 in 14 let. Največji delež anketiranih učencev je bilo iz 9. razreda ($n = 60$, 42 %), 30 % ($n = 43$) jih je bilo iz 8. razreda in 28 % ($n = 41$) iz 7. razreda. Velika večina učencev (83 %) ima zaposlena oba starša, ostali (17 %) pa samo enega. Izobrazbeni strukturi očeta in matere sta si zelo podobni. Prevladuje srednješolska (54 % očetov in 44 % mater), nato sledi poklicna (17 % očetov in 19 % mater), višja in visokošolska (12 % očetov in 22 % mater) izobrazba; ostalo so starši z univerzitetno izobrazbo, magisterijem in doktoratom.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v septembru 2013. Za izvedbo raziskave smo dobili pisno soglasje zavoda in soglasje staršev učencev, ki so sodelovali v raziskavi. Anketiranje smo izvedli v dogovoru z ravnateljem in odgovorno koordinatorico za izvedbo raziskave. Ko smo pridobili soglasja za izvedbo raziskave, smo v dogovoru s koordinatorjem raziskave izvedli anketiranje. Anketirancem smo razložili postopek anketiranja ter počakali, da so izpolnili vprašalnike. Vsem sodelujočim smo zagotovili anonimnost. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS, verzija 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Uporabili smo opisno statistiko in analizo povezanosti. Zaradi manjšega vzorca in posledično nenormalne porazdelitve spremenljivk sta bila uporabljena Mann Whitneyjev U test in Kruskal – Wallisov H neparametrični test ter linearna

večkratna regresijska analiza. Statistična pomembnost je predstavljala vrednost $p < 0,05$.

Z namenom, da se število spremenljivk zmanjša (Sharma, 1996), smo uporabili metodo glavnih komponent (angl. *principal component analysis*, PCA). Da bi izmerili, ali vse trditve merijo ta pojav, smo najprej izvedli faktorsko analizo. Dosegli smo primerno pojasnitev variance, pri čemer smo dva faktorja uporabili v nadaljnji statistični analizi. Poimenovali smo ju »*pozitivno oblikovanje o spolnem vedenju*«, kamor so se uvrstile tri spremenljivke in s čimer smo pojasnili 65,1 % celotne variabilnosti osnovnih spremenljivk, in »*zavedanje o posledicah tvegane spolnega vedenja*«, kamor sta se uvrstili dve trditvi in dosegli 66,61 % celotne variabilnosti osnovnih spremenljivk ($KMO = 0,932$, $p < 0,001$).

Rezultati

Iz Tabele 1 je razvidno, da je 17 (12 %) anketiranih učencev navedlo, da je že imelo spolne odnose. 3 (20 %) anketiranci, ki so že imeli spolne odnose, so navedli, da so prvi spolni odnos imeli, ko so bili stari 12 let, 6 anketirancev (40 %) pa, da so bili ob prvem spolnem odnosu stari 13 let, ostalih 8 pa med 14 in 15 let. Anketirani učenci, ki so odgovorili, da so že imeli spolne odnose, so se v največjem deležu za spolni odnos odločili iz radovednosti (6 anketirancev; 6,3 %), 9 anketirancev iz ljubezni (4,2 %), 2 (1,4 %) pa navajata, da sta spolne odnose imela, ker jih je nekaj prijateljcev že imelo.

S trditvami, ki merijo stopnjo pogovora s starši glede spolnosti (»V družini se pogovarjamo o spolnosti« in »Največ informacij o spolnosti sem dobil od staršev«), smo testirali, ali se dekleta bolj odprto pogovarjajo

Tabela 1: Odnos do spolnosti

Tabele 1: Attitude towards sexuality

Trditve / Statements	n	%
Ali si imel spolne odnose?		
da	17	12
ne	127	88
Starost ob prvem spolnem odnosu:		
12 let	3	20
13 let	6	40
14–15 let	8	40
Za prvi spolni odnos sem se odločil/a:		
iz ljubezni	6	4,2
iz radovednosti	9	6,3
ker je veliko mojih prijateljev/-ic že imelo spolne odnose	2	1,4
nisem še imel/-a spolnih odnosov	127	88,2
Pri spolnem odnosu sem uporabljal/-a kontracepcijsko sredstvo:		
kondom	10	6,9
kontracepcijske tablete	1	0,7
kontracepcijske tablete in kondom	4	2,8
nisem je uporabljal/-a	2	1,4
nisem še imel/-a spolnih odnosov	127	88,2

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

Tabela 2: Pogovor o spolnosti s starši glede na spol
Table 2: Discussion about sex with parents by gender

Trditve / Statements	Spol / Gender	n	PR	U	p
V družini se pogovarjamo o spolnosti.	M	67	71,40	2505	0,757
	Ž	77	73,46		
Največ informacij o spolnosti sem dobil od staršev.	M	67	64,72	2058	0,028
	Ž	77	79,27		

Legenda / Legend: n – število / numbe; PR - povprečen rang / average rank; U - Mann - Whitneyjev U test / Mann - Whitney U test; p – statistična značilnost / statistical significance; M – moški / male; Ž – ženske / female

Tabela 3: Rezultati regresijske analize oblikovanja o spolnem vedenju
Table 3: The results of the regression analysis of formation of opinions on sexual behavior

Pozitivno oblikovanje mnenj o spolnem vedenju / Shaping positive opinions about sexual behaviour	Značilnosti / Characteristics	B	β	t	p
R = 0,459 R ² = 0,212 pril. R ² = 0,206	Konstanta	-1,111	/	-3,115	0,002
	Kadar imam težave, mi družina nudi oporo	0,277	0,259	3,198	0,002

Legenda / Legend: B – regresijski koeficient / regression coefficient; β – standardizirani regresijski koeficient / standardized regression coefficient; R – korelacijski koeficient / correlation coefficient; R² – povprečje vseh skupnih dosežkov / average of all the total achievements; pril. R² – delež pojasnjevalne variabilnosti / explanatory proportion of variability; t – vrednost t-testa / t- test value; p – statistična značilnost / statistical significance

s starši o spolnosti kot fantje. Ker so vprašanja na Likertovi lestvici, je primeren test razlike aritmetičnih sredin oz. njegova neparametrična varianta Mann - Whitneyjev U test (Tabela 2).

Rezultati so pokazali statistično pomembne razlike med anketiranci moškega in ženskega spola le pri trditvi, da največ informacij o spolnosti dobijo od staršev, pri čemer se anketiranci ženskega spola bolj strinjajo z navedeno trditvijo. Drugih statistično pomembnih razlik nismo ugotovili. Hipoteze 1 ne moremo v celoti potrditi (Tabela 2). Za testiranje hipoteze 2 in 3 smo uporabili linearno večkratno regresijsko analizo. Zgradili smo dva regresijska modela z neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami, dobljenimi z metodo PCA: »Pozitivno oblikovanje mnenj o spolnem vedenju« in »Zavedanje o posledicah tveganega spolnega vedenja«.

Zanimalo nas je, ali so izobrazba staršev ter dobri medsebojni odnosi med otrokom in starši povezani z oblikovanjem pozitivnih mnenj o spolnem vedenju. Pri prvem regresijskem modelu smo za odvisno spremenljivko uporabili prvo komponento (dobljeno z metodo PCA). Za določitev glavne komponente so bili izpolnjeni vsi pogoji za redukcijo podatkov. Skupno smo pojasnili 65,1 % celotne variabilnosti osnovnih spremenljivk (KMO = 0,932, $p < 0,001$). Komponento smo poimenovali »Pozitivno oblikovanje mnenj o spolnem vedenju«. Vanjo so se uvrstile tri spremenljivke, ki kažejo, da je primeren čas za prvi spolni odnos čas, ko si oba partnerja želita odnos (0,062); da spolna vzgoja pomaga pri razumevanju telesnih in čustvenih

sprememb, ki jih prinaša puberteta (0, 833); da spolna vzgoja razvija odgovoren odnos do spolnosti mladih (0, 905).

Iz rezultatov Tabele 3 razberemo, da ima spremenljivka »Kadar imam težave, mi družina nudi oporo« statistično značilen vpliv na pozitivno oblikovanje mnenj o spolnem vedenju ($\beta = 0,259$, $p = 0,002$); gre za pozitiven vpliv. Dejavnik pojasni 20,6 % celotne variabilnosti oblikovanja mnenj o spolnem vedenju.

Statistično pomembnih razlik med pozitivnim oblikovanjem mnenj o spolnem vedenju in izobrazbo staršev nismo dobili ($p > 0,05$). Izobrazba staršev ni povezana z oblikovanjem pozitivnih mnenj o spolnem vedenju (Tabela 4). Hipotezo 2 delno potrdimo.

V nadaljevanju nas je zanimalo, kaj vpliva na zavedanje o posledicah tveganega spolnega vedenja. Zato smo zgradili drugi regresijski model z neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami, dobljenimi s faktorsko analizo. Za določitev glavne komponente so bili izpolnjeni pogoji za redukcijo podatkov. Skupno smo pojasnili 66,61 % celotne variabilnosti osnovnih spremenljivk (KMO = 0,932, $p < 0,001$). Komponento smo poimenovali »Zavedanje o posledicah tveganega spolnega vedenja«. Vanjo sta se uvrstili dve spremenljivki, ki kažeta, da nezaščiten odnos lahko povzroči nosečnost (0, 816) in spolno prenosljive bolezni (0, 816).

Z regresijsko analizo smo ugotovili (Tabela 5) statistično pomemben vpliv zavedanja o posledicah tveganega spolnega vedenja in proučevanih

Tabela 4: Povezava med oblikovanjem mnenj o spolnem vedenju in izobrazbo staršev**Table 4:** The relationship between formation of opinions about sexual behavior and parents' education

Izobrazba očeta	n	PR	χ^2	p
Osnovna	11	88,32		
Poklicna	25	65,68		
Srednja	78	66,31	4,91	0,296
Višja	15	72,40		
Visokošolska	10	85,50		
Izobrazba matere	n	PR	χ^2	p
Osnovna	13	54,77		
Poklicna	27	63,35		
Srednja	63	69,64	3,47	0,482
Višja	17	79,29		
Visokošolska	15	68,13		

Legenda / Legend: n – število / number; PR – povprečni rang / average rank; χ^2 – test hi-kvadrat / chi-square test; p – statistična značilnost / statistical significance

Tabela 5: Rezultati regresijske analize zavedanja o posledicah tvegane spolnega vedenja**Table 5:** The results of the regression analysis of the awareness about the consequences of risky sexual behavior

Zavedanje o posledicah tvegane spolnega vedenja / Awareness about the consequences of risky sexual behavior	Značilnosti / Characteristics	B	β	t	p
	Konstanta	-2,891	/	-6,942	< 0,001
R = 0,511 R ² = 0,261 pril. R ² = 0,250	Spolna vzgoja pomaga pri razumevanju telesnih in čustvenih sprememb, ki jih prinaša puberteta	0,456	0,089	5,107	< 0,001
	Pri prvem spolnem odnosu moram paziti, da sem zaščiten/-a	0,233	0,066	3,560	0,001

Legenda / Legend: B – regresijski koeficient / regression coefficient; β – standardizirani regresijski koeficient / standardized regression coefficient; R – korelacijski koeficient / correlation coefficient; R² – povprečje vseh skupnih dosežkov / average of all the total achievements; pril. R² – delež pojasnjevalne variabilnosti / explanatory proportion of variability; t – vrednost t – testa / t-test value; p – statistična značilnost / statistical significance

spremenljivk, kot sta »Spolna vzgoja pomaga pri razumevanju telesnih in čustvenih sprememb, ki jih prinaša puberteta« ($\beta = 0,089$, $p < 0,001$) in »Pri prvem spolnem odnosu moram paziti, da sem zaščiten/-a« ($\beta = 0,066$, $p = 0,001$). Vpliv na zavedanje o posledicah tvegane spolnega vedenja imata spolna vzgoja ($\beta = 0,089$) in uporaba zaščite ($\beta = 0,066$), kar pomeni, da tisti, ki se zavedajo posledic, uporabljajo zaščito in jim spolna vzgoja pomaga pri razumevanju telesnih in čustvenih sprememb v času pubertete. Dejavniki pojasnijo 25,0 % celotne variabilnosti zavedanja o posledicah tvegane spolnega vedenja. Hipotezo 3 potrjujemo.

Diskusija

Da bi ugotovili odnos mladih do spolnega vedenja, smo najprej želeli pridobiti mnenja o njihovem odnosu in značilnostih v povezavi s spolnim vedenjem. Ugotovili smo, da je 12 % anketirancev že imelo spolne odnose. Za prvi spolni odnos so se spolno aktivni učenci najpogosteje odločili iz radovednosti,

takoj zatem pa iz ljubezni. Nekaj odstotkov navaja, da so se odločili, ker so prijatelji že imeli spolne odnose. Pri spolnem odnosu so spolno aktivni učenci najpogosteje uporabljali kondom, dva spolno aktivna učenca nista uporabljala kontracepcijskih sredstev. But in sodelavci (2011) ugotavljajo, da je starost ob prvem spolnem odnosu vedno nižja, kar je verjetno posledica lažnega občutka zrelosti. Vsak peti petnajstletnik (20 %) je že imel spolni odnos, in sicer pomembno več fantov kot deklet (NIJZ, 2015). Pinter in sodelavci (2006) so v raziskavi med mladimi ugotavljali, da so se spolno aktivni srednješolci najpogosteje za prvi spolni odnos odločili iz ljubezni do partnerja, pri slabi tretjini je do prvega spolnega odnosa prišlo naključno, nekaj pa se jih je zanj odločilo iz radovednosti. Raziskava, izvedena na vzorcu osnovnošolcev, starih med enajst in šestnajst let, iz petih evropskih držav (Francija, Madžarska, Irska, Romunija in Portugalska) navaja, da je majhen delež osnovnošolcev ($n = 112$, 19,2 %) navedel, da so imeli spolne odnose, medtem ko majhen delež

osnovnošolcev na omenjeno vprašanje ni odgovoril ($n = 19$, 3,3 %) (Young, et al, 2016). Raziskava med italijanskimi mladostniki glede znanja o spolno prenosljivih boleznih na vzorcu 2867 dijakov (1271 moških in 1596 žensk), starih od 14 do 21 let, navaja, da 37 % anketirancev meni, da so starši in učitelji glavni vir informacij o spolnosti, 95 % pa meni, da bi glavno vlogo pri spolni vzgoji morala imeti šola (Drago, et al., 2016).

Osveščenost najstnika predstavlja preventivo pred tveganim spolnim vedenjem. Ugotovili smo, da dekleta pogovoru v družini pripisujejo večji pomen kot fantje, vendar smo statistično pomembno razliko med spoloma ugotovili le pri trditvi, da največ informacij o spolnosti dobijo od staršev. S trditvijo so se bolj strinjala dekleta. Raziskava poleg tega kaže, da še vedno premalo pozornosti namenjamo pogovorom o spolnosti znotraj družine. Menimo, da je bistvenega pomena, da prve informacije, podporo in vsebine o spolnem vedenju ter dejavnikih tveganega spolnega vedenja najstniki dobijo že v pogovorih s starši. Tolma in sodelavci (2011) ugotavljajo, da zelo pomemben dejavnik, ki preprečuje tvegano spolno vedenje, predstavlja dober odnos z materjo. Socialni in demografski dejavniki ter družinsko ozadje v času adolescence so povezani s spolnim vedenjem in poznejšim reprodukcijskim zdravstvenim stanjem (Scott, et al., 2011). Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) (2011) je izvedel raziskavo, v kateri je bilo ugotovljeno, da je najvišji delež uporabljene kontracepcije pri mladostnikih iz družin z visokim socialnim statusom in najnižji pri mladostnikih, ki prihajajo iz družin z nižjim socialnim statusom.

Informacije, vsebine, ozaveščenost o spolnosti in pogovor o spolnosti morajo potekati v krogu družine in šole. Učenje in ozaveščanje o tveganem spolnem vedenju se mora začeti zgodaj; treba je podati informacije o tveganjih, ki jih prinaša prezgoden in nezaščiten spolni odnos. Več ko bi se učenci pogovarjali o spolnosti, bolj bi bil prvi spolni odnos premišljen in pozneje bi se zgodil. K večji ozaveščenosti lahko ogromno pripomorejo tudi zdravstveni delavci, ki sodelujejo v učno-vzgojnem programu spolne vzgoje na posameznih šolah (But, et. al., 2011).

V Sloveniji manj kot polovica mladostnikov dobi informacije o spolnosti od zdravstvenih delavcev, kljub temu da je spolna vzgoja obvezno vključena v sistematske preglede. Slovenski mladostniki bi bili radi deležni več pogovorov in več strokovnih informacij o spolnosti od zdravstvenih delavcev, s katerimi se veliko lažje in bolj sproščeno pogovarjajo kot s starši, prijatelji ali učitelji. Večina jih meni, da bi morali obvezno spolno vzgojo vključiti že v osmi razred osnovne šole (Bočaj, 2011; Žalar, et al., 2013). Ugotovili smo statistično značilen vpliv na pozitivno oblikovanje mnenj o spolnem vedenju in nudenje družinske opore, ko so mladi v težavah. Sklepamo, da so anketirani učenci dovezetni za ustvarjanje

boljšega spolnega vedenja predvsem takrat, ko so v težavah in jim družina nudi podporo. V raziskavi na reprezentativnem vzorcu slovenskih učencev v starosti od 11 do 15 let so podporo družine anketirani ocenili s povprečno oceno 5,6 (na lestvici od 1 do 7); prav tako so ugotovili, da starejši mladostniki težje komunicirajo s starši (NIJZ, 2014).

Ugotovili smo, da izobrazba staršev nima vpliva na oblikovanje pozitivnih mnenj o spolnem vedenju. Medtem ko Scott in sodelavci (2011) ugotavljajo, da so višja izobrazba staršev ter dobri medsebojni odnosi v družini v času odraščanja otrok povezani z manjšim tveganjem za razvoj negativnega odnosa do spolnega in reproduktivnega zdravja, Negeri (2014) navaja, da visoka povezanost med starši in mladimi predstavlja pomembno vlogo pri oblikovanju vedenja. Prav tako avtor spodbuja starše, da o spolnem vedenju s svojimi otroki spregovorijo, preden so spolno dejavni.

Ugotovili smo, da največji vpliv na zavedanje o posledicah tveganega vedenja predstavlja spolna vzgoja. Namen spolne vzgoje je pomagati posameznikom, da se ozaveščeno odločajo o svojem spolnem vedenju. Spolna vzgoja je prisotna v mnogih šolah, vendar ne gre samo za pouk v razredu, spolna vzgoja mora biti prisotna tudi doma (Byram, 2015). Čeprav je tema za marsikoga neprijetna in predstavlja tabu, je spolna vzgoja tudi odgovornost in dolžnost staršev (Staff, 2014). S tem ko okrepijo in dopolnijo, kar se najstniki naučijo v šoli, poskrbijo za varno spolnost v življenju najstnika (Medindia, 2008). Eichtinger (2012) ugotavlja, da je spolna vzgoja še vedno tabu tema za najstnike, njihove starše, učitelje, zato se težko popolnoma odkrito pogovarjamo o spolnosti in spolni vzgoji, vendar stremimo k izboljšanju v dobro mladostnikov.

Gavin in sodelavci (2009) poudarjajo pomen izobraževanja na področju spolne vzgoje mladih in reproduktivnega zdravja. Prav tako spodbujajo k razvoju programov za spodbujanje zdravega spolnega vedenja in ohranitev reproduktivnega zdravja, v katere bi se lahko vključili tudi starši ter na tem področju razvijali komunikacijske veščine izobraževanja otrok o spolnosti. Gerressu in Stephenson (2008) navajata, da se je pri najstnikih povečalo znanje o varni spolnosti, ki zmanjšuje tvegana vedenja. Učinkovito izvajanje spolne vzgoje mora biti del širših strategij za izboljšanje spolnega zdravja mladih in je nujno potrebno za boljše vrednotenje intervencij v skupnosti.

Pri sami interpretaciji rezultatov je treba upoštevati omejitve raziskave. Nenaključni vzorec namreč ni dovolj, da bi rezultate posploševali. Ugotovitve veljajo za anketirance v naši raziskavi. Predvidevamo, da določene omejitve izhajajo tudi iz možnosti družbeno zaželenih odgovorov s strani učencev, saj ti sodijo v občutljivo socialno skupino.

Zaključek

Ugotavljamo, da sta krepitev odnosov med starši in anketiranimi učenci ter spolna vzgoja pomemben del preventivnih aktivnosti, usmerjenih v zdravo reproduktivno zdravje. Spolna vzgoja predstavlja del vzgoje za zdravje, informiranja in posredovanja znanja v času odraščanja. Običajno se razgovor o spolnosti začne, ko začnejo otroci postavljati vprašanja. Pomembno je, da posredovanje informacij o vprašanih, povezanih s spolnostjo, poteka ustrezno in na razumljiv način. Mladostniško obdobje je obdobje raziskovanja, iskanja priložnosti, možnosti razvoja tveganih vedenj, ki so povezana tudi z reproduktivnimi posledicami. Starši morajo biti pripravljene na obdobje spolnega zorenja, čustvene labilnosti in oblikovanja osebnosti svojih otrok. Odločitev za spolno življenje predstavlja odgovorno dejanje, zato je pomembno posredovanje pravih informacij, znanj in veščin o spolnosti, ki naj jih mladostniki pridobijo od svojih bližnjih, ne iz drugih virov. Če želimo, da se učenci razvijajo v odgovorno odraslo osebo, si moramo prizadevati za dobro medsebojno zaupanje in sodelovanje, ki predstavlja glavne dejavnike pri ozaveščanju mladih o zdravem spolnem vedenju.

Spolno vzgojo je treba obravnavati kot del splošnega izobraževanja. Predlagamo izvajanje dela v manjših skupinah z različnimi tematskimi sklopi v okviru spolne vzgoje v osnovnih šolah, kar bi predstavljalo izhodišče za vsebine na rednih sistematskih pregledih učencev. Ker je spolna vzgoja še vedno tabu tema mnogih družin, predlagamo organizacijo izobraževanj, delavnic, odkrite pogovore o spolnosti, namenjene staršem znotraj izobraževalnega sistema.

Nadaljnja raziskovanja vidimo v smeri ugotavljanja ključnih vzrokov tvegane spolnega vedenja ter ugotavljanja mnenj in stališč staršev o pomenu podajanja informacij o spolnem vedenju v krogu družine in izobraževalnih programov v obliki longitudinalne študije.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Prispevek avtorjev / Author contributions

Sanela Pivač: uvod, metode, rezultati, diskusija in zaključek; Sedina Kalender Smajlović: uvod, diskusija in zaključek / Sanela Pivač: introduction, methods, results, discussion and conclusion; Sedina Kalender Smajlović: introduction, discussion and conclusion

Literatura

- Bočaj, T., 2011. Vloga medicinske sestre pri spolni vzgoji otroka in mladostnika – ali – pogovarjamo se. In: A. Ljubič, ed. *Zdrav otrok in mladostnik – cilj medicinske sestre pri pediatriji in najpogostejši problemi v primarnem zdravstvenem varstvu: zbornik predavanj, Rogaška Slatina, 25. in 26. marec 2011*. Rogaška Slatina: Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije – Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, pp. 81–86.
- But, I., Blažević, S., Dorič, M., Jelenc, M., Špilak, M. & Pakiž, M., 2011. Spolno vedenje in uporaba kontracepcije med srednješolci v severovzhodni Sloveniji. *Zdravstveni vestnik*, 80(1), pp. 84–91.
- Byram, M.L., 2015. Sex Education. In: C.S. Clauss-Ehlers, ed. *The Encyclopedia of Cross-Cultural School Psychology*. Boston: Springer.
https://doi.org/10.1007/978-0-387-71799-9_383
- Drago, F., Ciccarese, G., Zangrillo, F., Gasparini, G., Cogorno, L., Riva, S., et al., 2016. A survey of current knowledge on sexually transmitted diseases and sexual behaviour in Italian adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(4), p. 422.
<https://doi.org/10.3390/ijerph13040422>
PMid:27089354; PMCID:PMC4847084
- Eichtinger, G., 2012. *Koedukation im Aufklärungsunterricht, Diplomarbeit*. Wien: University of Vienna, Fakultät für Lebenswissenschaften.
- Frotenberry, D.J., 2013. Puberty and adolescent sexuality. *Hormones and behaviour*, 64(2), pp. 280–287.
<https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.03.007>
PMid:23998672; PMCID:PMC3761219
- Gavin, L., MacKay, A.P., Brown, K., Harrier, S., Ventura, S.J., Kann, L., et al., 2009. Sexual and reproductive health of persons aged 10–24 years in United States, 2002–2007. *MMWR Surveillance Summaries*, 17(58), pp. 1–58.
- Gerressu, M. & Stephenson, J.M., 2008. Sexual behaviour in young people. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 21(1), pp. 37–41.
<https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e3282f3d9bd>
PMid:18192784
- Hafner, A., Torkar, T. & Hovnik Keršmanc, M., 2011. Vzgoja za zdravo spolnost-pristopi in utemeljitev. *Bilten javnega zdravja*. 5(29), pp. 7–14.
- Jacobs C.D. & Wolf E.M., 2009. School Sexuality education and adolescent risk-taking behavior. *Journal of School Health*, 65(3), pp. 91–95.
- Kirby, D., 2009. Sexuality education: a more realistic view of its effects. *Journal of School health*, 55(10), pp. 421–424.

- Markham C.M., Lormand, D., Gloppen, K.M., Peskin, M.F., Flores, B., Low, B., et al., 2010. Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. *Journal of Adolescent Health*, 46(Suppl 3), pp. S23–S41.
- Marjanovič Umek, L. & Zupančič, M. eds., 2009. *Razvojna psihologija*. 1. izd. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Maurič, D., 2003. Spolnost in mladi: kaj vedo in kaj jih zanima. *Zdravniški vestnik*, 72(2), pp. 19–21.
- Medindia, 2008. *Sex education for teens: why sex education is required for teenagers?* Available at: <http://www.medindia.net/patients/patientinfo/sexeducation.htm> [5. 1. 2017].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2011. *Uporaba varnih metod za preprečevanje nosečnosti med mladostniki v porastu (HBSC 2010)*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <http://www.nijz.si/sl/uporaba-varnih-metod-za-preprečevanje-nosečnosti-med-mladostniki-v-porastu-hbcs-2010-0> [5. 1. 2017].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2015. *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji (HBSC 2014)*. Ljubljana, Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbcs_2015_e-verzija30_06_2015.pdf [22. 8. 2017].
- Negeri, E.L., 2014. Assessment of risky sexual behaviors and risk perception among youths in Western Ethiopia: the influences of family and peers: a comparative cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14(1), pp. 302–312. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-301> PMID:24690489; PMCID:PMC4009035
- Pinter, B., Čeh, F., Verdenik, I., Grebenc, M., Maurič, D., Pavičević, I., et al., 2006. Spolno vedenje slovenskih srednješolcev v letu. *Zdravstveni vestnik*, 75(10), pp. 615–619.
- Pinter, B., Skušek-Fakin, C. & Maurič, D., 2009. Izzivi v varovanju reproduktivnega zdravja mladostnikov v Sloveniji. *Zdravstveni vestnik*, 78(1), pp. 79–84.
- Ramovš, J. & Ramovš, K., 2007. *Pitje mladih: raziskava o pitju alkohola med mladimi v luči antropoloških spoznanj o omamah in zasvojenosti*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
- Scott, M.E., Wildsmith, E., Welti, K., Ryan, S., Schelar, E. & Steward-Streng, N.R., 2011. Risky adolescent sexual behaviors and reproductive health in young adulthood. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(2), pp. 110–118. <https://doi.org/10.1363/4311011> PMID:21651710
- Sharma, S., 1996. *Applied multivariate techniques*. New York, etc.: John Wiley & Sons. Available at: https://ekowiki.ekonomika.be/wiki/images/9/90/Applied_Multivariate_Techniques_-_Subhash_Sharma.pdf [26. 9. 2017].
- Staff, M. C., 2014. Sex education: talking to your teen about sex. Available at: <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/sexual-health/in-depth/sex-education/art-20044034> [3. 2. 2017].
- Tolma, E.L., Oman, R.F., Vesely, S.K., Aspy, C.B., Beebe, L. & Fluhr, J., 2011. Parental youth assets and sexual activity: differences by race/ethnicity. *American Journal of Health Behavior*, 35(5), pp. 513–524. <https://doi.org/10.5993/AJHB.35.5.1> PMID:22040613
- Young, H., Költő, A., Reis, M., Saewyc E.M., Moreau, N., Burke, L., et al., 2016. Sexual Health questions included in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: an international methodological pilot investigation. Available at: <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-016-0270-8> [25. 8. 2017].
- Žalar, A., Leskovšek, E., Čeh, F. & Prodan, V., 2013. *Spolna vzgoja v okviru formalnega šolskega izobraževanja – raziskovalno poročilo*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Citirajte kot / Cite as:

Pivač, S. & Kalender Smajlovič, S., 2018. Vloga staršev in vzgoje za zdravje pri oblikovanju odgovornega spolnega vedenja: raziskava med učenci osnovne šole. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3), pp. 160–167. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.3.180>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Diabetično stopalo kot zaplet sladkorne bolezni Diabetic foot complications

Klementina Meklav, Vojko Flis, Jadranka Stričević, Vida Struk

Ključne besede: nega nog; presejalni testi; zapleti; amputacija noge

Key words: foot care; screening tests; complications; leg amputation

Klementina Meklav, dipl. m. s., mag. zdr. nege; Splošna bolnišnica Celje, Oblakova ulica 5, 3000 Celje, Slovenija

Kontaktni e-naslov / Correspondence e-mail:
Tmeklav@gmail.com

prof. dr. Vojko Flis, dr. med., spec. kirurgije; Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija

doc. dr. Jadranka Stričević, univ. dipl. org.; Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

viš. pred. dr. Vida Struk, prof. nem. in soc.; Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta, Razlagova 14, 2000 Maribor, Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Diabetično stopalo je skupina sindromov, pri katerih nevropatija, ishemija in infekcija pripeljejo do destrukcije tkiva, končna posledica je zboleznost, lahko pa tudi amputacija. Namen raziskave je bil ugotoviti pogostost pojava diabetičnega stopala pri pacientih s sladkorno boleznijo.

Metode: V raziskavi je bila uporabljena raziskava mešanih metod. Tehnika zbiranja podatkov je bilo anketiranje 60 pacientov s sladkorno boleznijo in delno strukturiran intervju z dvema medicinskima sestrama, ki delata v diabetološki ambulanti. Kvantitativni podatki so bili analizirani z opisno in bivariatno statistiko. Kvalitativni podatki so bili analizirani s pomočjo metode analize vsebine.

Rezultati: Ugotovili smo, da amputacija noge ni pogost zaplet diabetičnega stopala ($U = 4,4, p = 0,217$) in da ne moremo trditi, da je diabetično stopalo pogostejše pri moških kot pri ženskah ($U = 0,6, p = 0,417$), ter da so pacienti zelo dobro poučeni glede nege stopal in pravilne obutve.

Diskusija in zaključek: Najpomembnejša informacija o zdravstveni vzgoji pri diabetičnem stopalu za paciente je, da so o tem zapletu ozaveščeni pisno in ustno. Diabetično stopalo za paciente najpogosteje prinese spremembo v kakovosti življenja. Možnost za nadaljevanje raziskave bi bila izvedba enake raziskave na večjem številu pacientov.

ABSTRACT

Introduction: Diabetic foot is a group of syndromes in which neuropathy, ischemia and infection lead to the destruction of tissue, resulting in morbidity and sometimes amputation. The purpose of this paper was to establish and investigate the frequency of diabetic foot in patients with diabetes.

Methods: Mixed methods research was used in the study. The data collection technique was a questionnaire distributed to 60 patients with diabetes and a partially structured interview with two nurses working in a diabetes clinic. Quantitative data were analysed with descriptive and bivariate statistics. Qualitative data were analysed using content analysis.

Results: We have found that leg amputation is not a common complication of a diabetic foot ($U = 4.4, p = 0.217$), and that it cannot be claimed that the incidence of a diabetic foot is more common in men than in women ($U = 0.6, p = 0.417$), and that the patients are well educated about diabetic foot care and proper footwear.

Discussion and conclusion: What matters most in diabetic foot health education for patients, is that the patients are educated about diabetic foot verbally and in writing. Most often diabetic foot affects the patient's quality of life. This research could be followed by using a higher number of patients.

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Klementine Meklav *Diabetično stopalo – zaplet sladkorne bolezni* (2017).

Prejeto / Received: 6. 7. 2017
Sprejeto / Accepted: 25. 6. 2018

Uvod

Sladkorna bolezen je kronična bolezen, ki se pojavi, ko trebušna slinavka ne proizvaja dovolj inzulina ali kadar telo ne more učinkovito izrabljati oz. proizvajati inzulina. Hiperglikemija ali povišan krvni sladkor je skupni učinek nenadzorovane sladkorne bolezni in sčasoma privede do hudih poškodb večjih sistemov v telesu, predvsem živcev in krvnih žil (World Health Organization [WHO], 2014). Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2014). opredeljuje, da se sladkorna bolezen tipa 2 običajno razvije v odrasli dobi in je povezana z debelostjo, pomanjkanjem fizične aktivnosti in nezdravo prehrano. Zdravljenje vključuje spremembo življenjskega sloga in hujšanje kot tudi peroralna zdravila ali injekcije inzulina.

Na svetu trenutno živi vsaj 422 milijonov pacientov s sladkorno boleznijo in 1,5 milijona smrti na leto se neposredno pripisuje sladkorni bolezni (WHO, 2017). Največji delež pacientov, od 90 do 95 %, boleha zaradi sladkorne bolezni tipa 2, preostali imajo sladkorno bolezen tipa 1 (Koren, 2012). V Sloveniji je po ocenah 136.000 pacientov s sladkorno boleznijo. Neposrednih stroškov zdravljenja sladkorne bolezni in njenih posledic je na letni ravni po ocenah za okoli 105 milijonov evrov (Štötl, 2017).

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2014) opredeljuje diabetično stopalo kot skupino sindromov, pri katerih nevropatija, ishemija in infekcija pripeljejo do destrukcije tkiva, končna posledica je zboleznost, lahko pa tudi amputacija. Diabetično stopalo je velik zdravstveni, družbeni ter ekonomski problem in je vodilni vzrok obolevnosti in umrljivosti, zlasti v razvitih državah. Ambrož (2010) pravi, da se zapleti s stopalom lahko pojavijo pri vsakem pacientu s sladkorno boleznijo, tudi pri tistem, ki se zdravi le z dieto in si krvni sladkor dobro uravnava. Diabetične razjede na stopalu so predvsem posledica nevropatije ali periferne žilne bolezni, lahko pa so kombinacija obojega. Zaradi kroničnih razjed in slabega celjenja tkiv se pogosto pojavi okužba. Razjede diabetičnega stopala se zacelijo pod pogojem, da je arterijska prekrvavljenost ustrezna, okužba pozdravljena in pritisk na nogo zmanjšan. Za uspešno celjenje razjed je potrebno zagotoviti primerno cirkulacijo. Amputacija je pri diabetikih lahko transmetatarzalna, supramaleolarna, podkolenska, nadkolenska, izjemoma pa je potrebna eksartikulacija kolka (Smrke, 2010). Dejavniki tveganja za amputacije so periferna nevropatija, periferna vaskularna bolezen, visok plantarni tlak, slabo urejen krvni sladkor, kronična ledvična odpoved in diabetična retinopatija (Zumbaira, et al., 2012).

Amputacija je največkrat indicirana pri ishemični gangreni ter arterijski zapori s hudo bolečino v mirovanju. Višina amputacije se določi na podlagi kliničnega pregleda uda, podatkov neinvazivnih preiskav in tudi angiografije. Končno odločitev prinese sama operacija, kjer odloča makroskopska

ocena tkiva (Flis & Miksić, 2010). Sedej in Kos (2010) poudarjata, da je po amputaciji nujna rehabilitacija, ki se mora pričeti po posegu. Urbančič in Slak (2017) navajata, da je okrog 50 % netravnatskih amputacij nog izvedenih pri pacientih s sladkorno boleznijo, da 15 % pacientov prej ali slej dobi razjedo na nogi in da je pri 85 % amputacij predhodno prisotna razjeda na nogi. Pri preventivi razjede v diabetološki ambulanti poudarjata pomen zdravstvene vzgoje pacientov, svojcev in zdravstvenega osebja, pravilno nego nog (medicinska pedikura), pravilno obutev in pravočasno odkrivanje ogroženih pacientov s presejalnim testom za diabetično stopalo. Kavčič (2013) še doda, da se pacientom omogoča ustrezna oskrba razjed, najhitrejši dostop do diagnostike in zdravljenja, poskrbi se za napotitev k ustreznemu specialistu drugih strok in za predpis obutve. Večino amputacij je mogoče preprečiti z redno nego nog in ustrezno obutvijo. Pacienti morajo dobro skrbeti za svoje noge in obiskati svojega zdravnika, takoj ko se pojavijo težave s stopali (American Diabetes Association [ADA], 2015). Ameriško združenje za sladkorno bolezen (ADA, 2015). izpostavlja, da morajo pacienti pri oskrbi razjede ali ko se pojavijo druge težave stopal, vedno upoštevati nasvete svojega zdravnika. Zdravstvena vzgoja, ki se izvaja v diabetološki ambulanti, je pomemben sestavni del oskrbe pacientov s sladkorno boleznijo, saj jim omogoča višjo kakovost življenja. Cilj je usposobiti pacienta za dejavno sodelovanje pri zdravljenju bolezni in s tem izboljšati presnovno urejenost ter zmanjšati tveganje za akutne in kronične zaplete sladkorne bolezni (Kosmina Novak, 2010).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti pogostost pojava diabetičnega stopala pri pacientih s sladkorno boleznijo in pomen zdravstveno-vzgojnega dela za medicinske sestre in paciente s sladkorno boleznijo v diabetološki ambulanti ter na oddelku žilne kirurgije. Cilj raziskave je bil podrobneje ugotoviti, kaj pri zdravstveni vzgoji in oskrbi diabetičnega stopala je za medicinske sestre in paciente s sladkorno boleznijo najpomembnejše, odkriti najpogostejše napake pacientov pri negi stopal in izbiri ustrezne obutve, pogostost pojava diabetičnega stopala po spolu in pogostost izvedbe amputacije pri poslabšanju stanja diabetičnega stopala.

Postavili smo si tri raziskovalna vprašanja.

- Katera je najpomembnejša informacija za pacienta pri zdravstveni vzgoji o diabetičnem stopalu?
- Kaj je za medicinsko sestro najpomembnejše pri pravilni oskrbi diabetičnega stopala?
- Katere so najpogostejše napake pacientov s sladkorno boleznijo pri negi stopal in izbiri ustrezne obutve?

V okviru empiričnega dela smo postavili naslednji hipotezi:

H1: Amputacija noge je najpogostejši zaplet diabetičnega stopala.

H2: Diabetično stopalo je pogostejši pojav pri moških kot pri ženskah.

Metode

V okviru raziskave smo uporabili kvantitativno in kvalitativno metodologijo raziskovanja. Za mešani metodološki pristop smo se odločili, ker smo želeli s kvalitativno raziskavo izvedeti, kako poteka zdravstveno-vzgojno delo medicinskih sester v diabetološki ambulanti, s kvantitativno raziskavo pa smo želeli preučiti vidik medicinskih sester pri vodenju pacientov s sladkorno boleznijo in soočanju z zapleti.

Opis instrumenta

Tehnika zbiranja podatkov je bil vprašalnik za paciente s sladkorno boleznijo in delno strukturiran intervju za medicinske sestre, ki delajo v diabetološki ambulanti. Anketni vprašalnik za paciente je nastal na podlagi pregleda literature in je vseboval nekaj izhodišč za vprašanja iz strokovnega članka (Abbott, et al., 2002) ter vprašalnika za sladkorne paciente o negi stopal (Diabetes Care Program of Nova Scotia, 2009). Vprašalnik je vseboval 33 vprašanj, od katerih sta bili 2 vprašanja delno odprtega tipa in 31 vprašanj zaprtega tipa. Vprašalnik je bil sestavljen iz treh delov. Prvi del je vključeval socialno-demografske podatke (spol, starost, šolska izobrazba, delovni status in bivanje). Drugi del je vseboval vprašanja, ki se nanašajo na bolezensko stanje, tretji del pa vprašanja, ki se nanašajo na nego stopal in pravilno obutev pacientov s sladkorno boleznijo.

Intervju za medicinske sestre je vseboval 6 vprašanj. Osnovna vprašanja so bila:

- Približno koliko pacientov s sladkorno boleznijo obravnavate na dan?
- Ali imate izobraževanja o diabetičnem stopalu? Kako potekajo?
- Na kratko opišite, kako poteka delo v vaši ambulanti in kako izvajate presejalne teste pri diabetičnem stopalu.
- Kaj mora medicinska sestra vedeti o pravilni oskrbi diabetičnega stopala?
- Kako poteka zdravstveno vzgojno delo pri pacientih s sladkorno boleznijo in diabetičnim stopalom?
- Ali menite, da se pacienti s sladkorno boleznijo zavedajo nevarnosti pojava diabetičnega stopala?

Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen priložnostni vzorec, ki je zajemal 60 pacientov s sladkorno boleznijo in dve namensko izbrani medicinski sestri, ki delata v diabetološki ambulanti in sta po izobrazbi diplomirani

medicinski sestri. Razdeljenih je bilo 60 vprašalnikov, vsi so bili pravilno izpolnjeni in vrnjeni. Vprašalnik je rešilo 39 (65,0 %) moških in 21 (35,0 %) žensk. Povprečna starost anketirancev je bila 63,17 leta ($s = 10,50$). Nedokončano osnovno šolo so imeli 4 (6,7 %) anketiranci, 8 (13,3 %) končano osnovno šolo, 41 (68,3 %) končano srednješolsko izobrazbo, 5 (8,3 %) končano visokošolsko ali višješolsko izobrazbo, 1 (1,7 %) končan magisterij in 1 (1,7 %) končano specializacijo. Zaposlenih je bilo 15 (25,0 %) anketirancev, 5 (8,3 %) brezposelnih, 39 (65,0 %) upokojenih in 1 (1,7 %) gospodinja.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli od aprila do junija 2016. Vprašalnik so izpolnili anketiranci na oddelku žilne kirurgije in v diabetološki ambulanti ene izmed bolnišnic, v času raziskovanja so bili hospitalizirani ali naročeni v diabetološki ambulanti ter so lahko sami izpolnili anketni vprašalnik. Intervju z medicinskima sestrama smo opravili v diabetološki ambulanti. Sodelujočim je bila pri izpolnjevanju anketnega vprašalnika in izvedbi intervjuja zagotovljena anonimnost, imeli so tudi možnost odkloniti sodelovanje. Sodelovanje je bilo prostovoljno. Za izvedbo raziskave smo zaprosili in pridobili soglasje Službe zdravstvene nege ter Komisije za etiko bolnišnice, ki zajema širšo regijo severno-vzhodne Slovenije in želi biti v članku neimenovana.

Kvantitativni podatki so bili analizirani in obdelani s pomočjo statističnega programa SPSS, verzija 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). V analizi je bila uporabljena bivariatna analiza. Pri testih povezanosti smo uporabili Kullbackov test (alternativa za test Hi-kvadrat) in test Hi-kvadrat za preizkus hipoteze neodvisnosti. Statistično pomembne razlike smo potrdili pri vrednostih p , manjših od 0,05. Ker niso bili izpolnjeni pogoji za izračun testa Hi-kvadrat, smo za hipotezo 1 uporabili Kullbackov test. Izračun testa je potekal med spremenljivkama prisotnost razjede na stopalu oz. prisotnost diabetičnega stopala in vrsto narejene amputacije. Test Hi-kvadrat za preizkus hipoteze neodvisnosti smo uporabili pri hipotezi 2. S tem testom smo ugotavljali, ali obstaja statistično pomembna soodvisnost med spremenljivkama spol in prisotnost razjede na stopalu oz. prisotnost diabetičnega stopala.

V okviru kvalitativne raziskave smo izvedli delno strukturiran intervju. Podatke, ki smo jih pridobili z intervjujem, ki je bil posnet in prepisan, smo najprej kodirali, nato uvrstili v kategorije in vsako kategorijo razdelili še na podkategorije. Vsaka podkategorija je vsebovala določene kode. Oblikovane podatke smo prikazali v obliki shem. Tri kode smo prikazali v obliki piramide, ker niso ustrezale nobeni izmed kategorij in smo jih želeli vključiti v našo raziskavo.

Rezultati

Rezultati kvantitativnih metod

Rezultati anket so pokazali, da je razjeda na stopalu oz. diabetično stopalo prisotno pri 12 (20,0 %) anketiranih, pri 48 (80,0 %) anketiranih pa ne. Od 10 anketiranih z narejeno amputacijo jih je imelo 5 (50,0 %) amputacijo posameznih oz. vseh prstov, 2 (20,0 %) delno amputacijo stopala, 2 (20,0 %) podkolensko amputacijo, 1 (10,0 %) pa nadkolensko amputacijo.

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati anket, ki se nanašajo na nego stopal in obutev. Rezultati so pokazali, da se lahko svojih stopal dotakne 46 (76,7 %) anketirancev. Stopala si pregleduje 55 (91,7 %) anketirancev, od tega 27 (49,1 %) vsak dan, 13 (23,6 %) 2–6-krat na teden, 15 (27,3 %) pa enkrat na teden ali redkeje. Vsak dan si noge umiva 59 (98,3 %) anketirancev. Največ je tistih, ki si po umivanju nog dobro osušijo prostor med prsti, to je 58 (96,7 %) anketirancev. Samostojno si nohte na nogi krajša 39 (65,0 %) anketirancev, 14 (23,3 %) pri tem pomaga družinski član, 7 (11,7 %) anketirancev pa hodi k pedikerju. Kopel za namakanje nog si pripravi 33 (55,0 %) anketirancev. Večina anketirancev, to je 44 (73,3 %), pred umivanjem nog vedno preizkusi temperaturo vode. Vlažilne kreme ali losjone si nanaša med prste na nogah 26 (43,3 %) vprašanih. Prav toliko, 26 (43,3 %), jih hodi naokrog bosih. Za ogrevanje nog uporablja termofor 5 (8,3 %) anketirancev. Čevlje pred obuvanjem pregleda 48 (80,0 %) anketirancev. Najpogostejša obutev so športni copati za 27 (25,3 %) anketirancev, 24 (22,4 %) jih pogosto nosi usnjene čevlje, 17 (15,9 %) široko obutev, 14 (13,1 %) sandale in prav toliko čevlje z vezalkami ali ježkom, 7 (6,5 %) jih nosi čevlje po meri, 4 (3,7 %) pa čevlje, primerne za sladkorne paciente. Najpogostejša izbira nogavic so bombažne/volnene nogavice, ki jih nosi 44 (73,3 %) anketirancev, 7 (11,7 %) jih nosi najlonke oz. hlačne

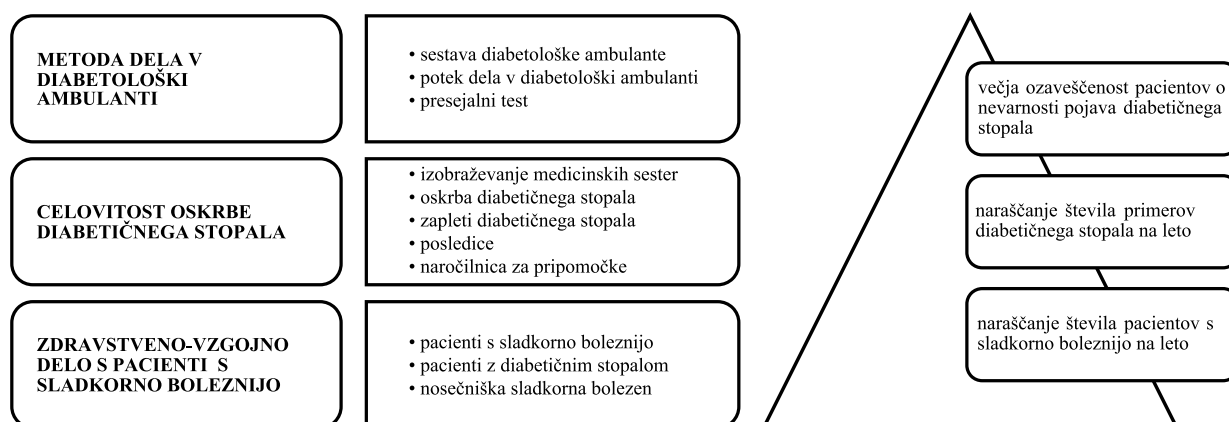
nogavice, 5 (8,3 %) brezšivne nogavice, 4 (6,7 %) pa sintetične nogavice. O pravilni oskrbi in primerni obutvi je bilo poučenih 47 (78,3 %) anketirancev. Največ jih je informacije dobilo pri medicinski sestri v diabetološki ambulanti, tako je navedlo 27 (45,0 %) anketirancev, 11 (18,3 %) jih je poučila medicinska sestra v splošni ambulanti, 5 (8,3 %) zdravnik, 3 (5,0 %) pediker, 1 (1,7 %) žilni kirurg, 13 (21,7 %) pa jih pravi, da o pravilni oskrbi nog in primerni obutvi za sladkorne paciente niso bili nikoli poučeni.

Analiza je pokazala, da statistično ($U = 4,4, p = 0,217$) amputacija noge ($n = 10, 100\%$) ni najpogostejši zaplet diabetičnega stopala ($n = 12, 20\%$). Pri analizi rezultatov ni bilo statističnega pomembnega odstopanja ($U = 0,6, p = 0,417$) v pogostosti diabetičnega stopala ($n = 12, 20\%$) pri moških ($n = 9, 23,1\%$) in pri ženskah ($n = 3, 14,3\%$).

Rezultati kvalitativnih metod

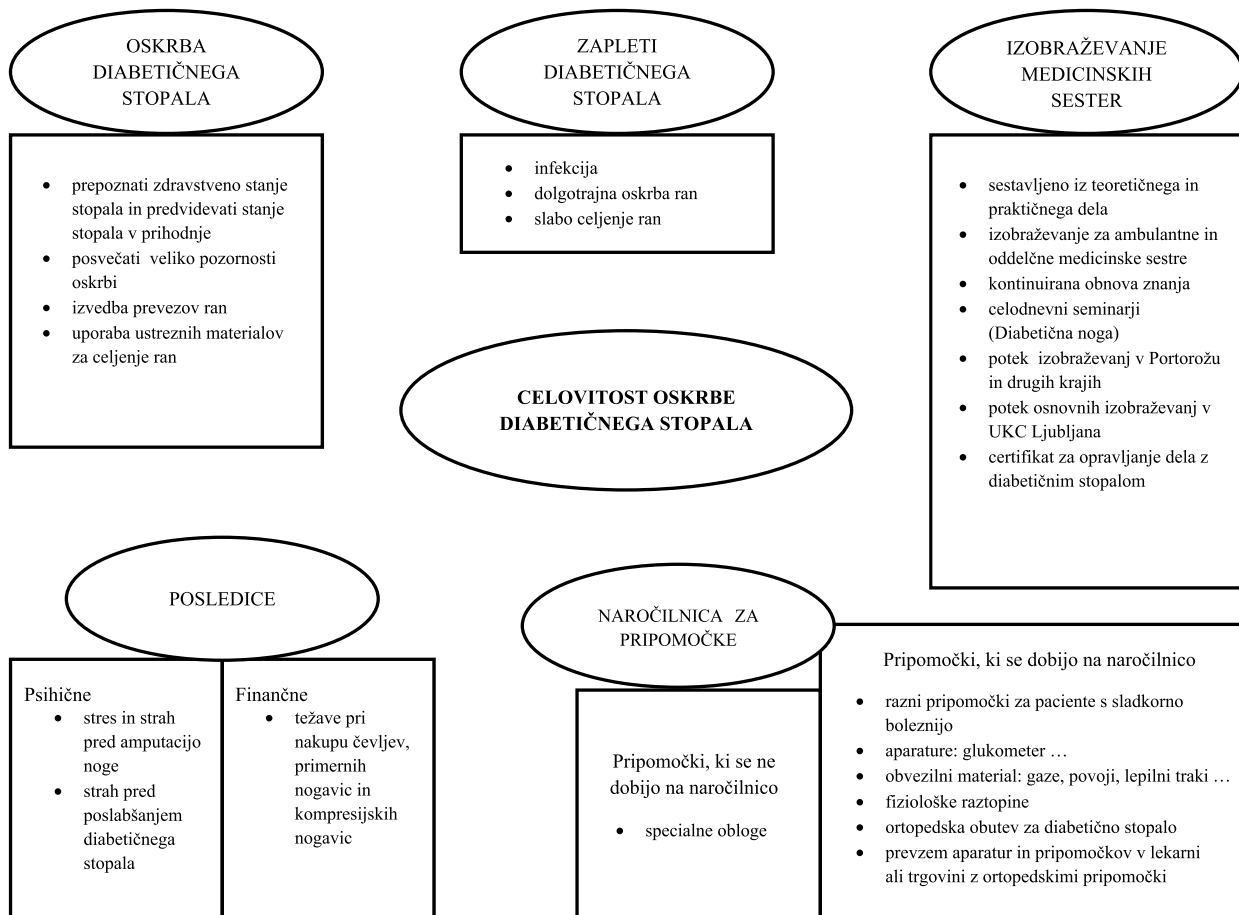
Podatke, ki smo jih pridobili z intervjujem, smo analizirali in jih razvrstili v posamezne kategorije. Glavne kategorije so bile metoda dela v diabetološki ambulanti, celovitost oskrbe diabetičnega stopala in zdravstveno-vzgojno delo pri pacientih s sladkorno boleznijo. Tri kode smo uvrstili v piramido, ker niso ustrezale nobeni kategoriji. Na Sliki 1 sledi prikaz glavnih kategorij s podkategorijami in prikaz kod v piramidi.

Prva kategorija, »metoda dela v diabetološki ambulanti«, ima tri podkategorije, in sicer sestava diabetološke ambulante, potek dela v diabetološki ambulanti in presejalni test. Potek dela v diabetološki ambulanti in presejalni test. Pri slednjem pacientom v diabetološki ambulanti pregledujejo stopala po obrazcu za presejalni test za diabetično stopalo. Kode, ki smo jih izpostavili pri presejalnem testu za diabetično stopalo, so: redno izvajanje; uporaba pri pregledu diabetičnega stopala; enoten po celi Sloveniji; izvaja se 1-krat na leto; izvaja se pri vseh na novo odkritih pacientih; pri



Slika 1: Shematski prikaz rezultatov kvalitativne analize

Figure 1: Schematic presentation of the qualitative analysis results



Slika 2: Shematski prikaz pridobljenih podatkov kategorije Celovitost oskrbe diabetičnega stopala
Figure 2: Schematic representation of obtained data in the Category diabetic foot care integrity

ogroženem stopalu se izvaja pri vsakem pregledu.

Druga kategorija (Slika 2) »celovitost oskrbe diabetičnega stopala« ima pet podkategorij. To so izobraževanje medicinskih sester, oskrba diabetičnega stopala, zapleti diabetičnega stopala, posledice in naročilnica za pripomočke pri sladkornih pacientih. Medicinske sestre imajo veliko znanja o diabetičnem stopalu, izražajo se kontinuirano in ves čas obnavljajo znanje. O tem nam intervjuvanka 1 pove: »Znanja nikoli ni dovolj, to je dobro ves čas obnavljati in včasih se kaj novega pojavi na tržišču, kot so kakšni novi materiali ...« Intervjuvanka 2 o svojem znanju meni: »Ja, to pa mislim, da po vseh teh letih, ja. Ampak vedno se najde kaj novega, tako da nikoli ne veš vsega.«

Vsem pacientom se izdajo naročilnice in nudijo nasveti za nakup pripomočkov, ki jih pacienti potrebujejo za kakovostno življenje z diabetičnim stopalom. Intervjuvanka 2 pojasni, kaj gre na naročilnico in kaj ne. Izpostavi: »Na naročilnico sodijo gaze, lepilni trakovi, povoji, fiziološke raztopine ..., če so kakšne specialne obloge, pa na naročilnico niso in si morajo pacienti posebej kupiti.« Glukometre pacienti dobijo na naročilnico, kar navede intervjuvanka 1: »Pri

nas dobijo naročilnico, ki jo potem uporabijo v lekarni ali trgovini z ortopedskimi pripomočki ...«

Tretja kategorija (Slika 3), »zdravstveno-vzgojno delo s pacienti s sladkorno boleznijo«, ima tri podkategorije: pacienti s sladkorno boleznijo, pacienti z diabetičnim stopalom in nosečnica sladkorna bolezen. Zdravstveno-vzgojno delo poteka pri vseh pacientih s sladkorno boleznijo. Zdravstveno vzgojo nudi medicinska sestra za svetovanje v diabetološki ambulanti in šoli za diabetike.

Intervjuvanka 1 zdravstveno-vzgojno delo opiše: »Poteka tako, da medicinske sestre predstavimo teoretično podlago, pacienti dobijo tudi nekaj pisnih navodil, potem sledi zdravstveno-vzgojno delo: povem o primerni obutvi, primernih nogavicah, kako preprečiti težave pri gibanju, kako je pomembno, da si vsak večer pregledajo stopala, o pravilni negi stopal, kako pomembna je pravilna prehrana, dosti gibanja, pravilna uporaba zdravil, merjenje krvnega sladkorja in prilagajanje odmerka insulina ...«

Poleg zdravstveno-vzgojnega dela pri vseh pacientih se tisti z diabetičnim stopalom posebej seznanijo z oskrbo le-tega, pravilnim načinom jemanja antibiotikov



Slika 3: Shematski prikaz pridobljenih podatkov kategorije *Zdravstveno-vzgojno delo s pacienti s sladkorno boleznijo*
Figure 3: Schematic representation of obtained data in the *Health education for diabetic patients' category*

in nošenjem primerne obutve, ki preprečuje težave pri gibanju. Intervjuvanka 2 zdravstveno vzgojo pri pacientih s sladkorno boleznijo z diabetičnim stopalom opiše tako: »*Če pa že ima diabetično stopalo razvito, potem dobijo vse tiste informacije, ki so tisti moment pomembne; ali je to uživanje antibiotikov, prevezi, oskrba rane, prihajanje na kontrole ...; dobi eksaktna navodila, kako postopati naprej.*«

Piramida »Diabetično stopalo – zaplet sladkorne bolezni« vsebuje tri kode, ki so navedene na Sliki 1. Medicinske sestre v diabetološki ambulanti vsakodnevno spremljajo paciente s sladkorno boleznijo in poznajo statistiko naraščanja kronične bolezni vključno z diabetičnim stopalom na leto in tudi vedo, koliko so pacienti ozaveščeni o svoji bolezni. O tem nam pove intervjuvanka 1: »*Da, narašča. Ljudje so bolj ozaveščeni, ker se zadnjih nekaj let gleda v naši ambulanti zraven vsega ostalega tudi diabetično stopalo. Tako, da so ljudje ozaveščeni ...*« Intervjuvanka 2 dodaja: »*Sigurno narašča, ker narašča tudi število diabetikov vsako leto.*«

Diskusija

Ugotovili smo, da ima četrť anketirancev razjedo na stopalu oz. diabetično stopalo, podobno so ugotovili Martins-Mendes in sodelavci (2014), ki ocenjujejo,

da ima razjedo diabetičnega stopala 10 % do 25 % pacientov s sladkorno boleznijo. Pri drugi hipotezi smo predpostavljali, da je diabetično stopalo pogostejši pojav pri moških kot pri ženskah, a hipoteze nismo potrdili in tega ne moremo trditi. Primerjave rezultatov za to hipotezo nismo zasledili v tuji literaturi. V raziskavi avtorjev Bowen in sodelavci (2015) smo zasledili le ugotovitev, da demografski dejavniki, kot sta ženski spol in nižja stopnja izobrazbe, korelirajo s slabšo kakovostjo življenja pri starejših s sladkorno boleznijo.

S prvo hipotezo smo želeli ugotoviti, ali je amputacija noge pogost zaplet diabetičnega stopala. Od 20,0 % anketirancev z diabetičnim stopalom jih je imelo 16,7 % izvedeno amputacijo prstov na nogi, stopala ali spodnje okončine, kar je veliko. Nato smo z raziskavo s statistično analizo ugotovili, da amputacija ni statistično značilno pogostejši zaplet diabetičnega stopala.

Peterson in Virden (2013) ugotavljata, da je v državi Kansas pri sladkorni bolezni več kot 60 % netravnatičnih amputacij spodnjih udov. Zumbaira in sodelavci (2012) navajajo, da je razjeda diabetičnega stopala vzrok za 70 do 80 % amputacij spodnjih okončin. O ugotovitvah raziskav Peterson in Virden (2013) ter Zumbaira in sodelavci (2012) menimo, da je amputacija noge pogost zaplet diabetičnega stopala tako v tujini kot pa pri nas.

Rezultati intervjuja so pokazali, da so pogosti zapleti diabetičnega stopala infekcije ran, dolgotrajne oskrbe ran in slabo celjenje ter da se pri pacientih z diabetičnim stopalom lahko pojavijo psihične težave, kot so strah in stres pred amputacijo noge ter strah pred poslabšanjem diabetičnega stopala. Peterson in Virden (2013) navajata, da je eden od standardov oskrbe za izboljšanje rezultatov sladkorne bolezni vsakoletni celovit pregled stopal. S tem programom se lahko število amputacij zmanjša za 45 do 85 %. Z intervjuji smo ugotovili, da pacientom v diabetološki ambulanti pregledujejo stopala po obrazcu za presejalni test. Presejalni testi se redno izvajajo in so enotni po vsej Sloveniji. Vse medicinske sestre morajo biti podučene o sladkorni bolezni in diabetičnem stopalu. Ugotovili smo, da je za medicinsko sestro zelo pomembno, da prepozna trenutno zdravstveno stanje stopala pacienta in da zna predvidevati, kakšno bo stanje stopala v prihodnje. Pomembno je, da posveča veliko pozornosti oskrbi diabetičnega stopala ter da prevezuje rane in uporablja ustrezne materiale za celjenje ran. Volk (2012) navaja, da mora medicinska sestra, ki izvaja oskrbo razjed, poznati in upoštevati vzroke nastanka in postopke zdravljenja. To znanje je pogoj za dober uspeh in za celjenje razjede ter izboljšanje kakovosti pacientovega življenja.

Ugotovili smo, da je najpomembnejša informacija o zdravstveni vzgoji pri diabetičnem stopalu, da so pacienti seznanjeni pisno in ustno. Pomembno je tudi, da imajo dovolj informacij o diabetičnem stopalu, pravilnem načinu uporabe antibiotikov in da so seznanjeni s primerno obutvijo, ki preprečuje težave pri gibanju. Pri zdravstveno-vzgojnem delu s pacienti s sladkorno boleznijo je bilo izpostavljeno, da je sladkorna bolezen vsem predstavljena teoretično, da dobijo pisna navodila, obiščejo šolo za diabetike, poleg tega pa poteka individualno delo s tistimi, ki jemljejo inzulin in si sami ne znajo uravnati krvnega sladkorja. V diabetološki ambulanti dobijo informacije o zapletih in ukrepih pri sladkorni bolezni ter navodila o primerni obutvi in nogavicah, nošenju kompresijskih nogavic, samopregledovanju stopal, zdravi prehrani, telesni aktivnosti, pravilni terapiji, pravilnem merjenju krvnega sladkorja in prilagajanju odmerka inzulina. Peterson in Virden (2013) pravita, da mora ambulanta zagotavljati osnovno zdravstveno varstvo, promocijo zdravja in storitve za vzdrževanje zdravja (vključno z izobraževanjem v skupinah) za posameznike, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo izkušenih medicinskih sester. Rustja (2012) navaja, da morajo pacienti dobiti osnovne napotke o negi nog pri medicinski sestri. Na voljo morajo imeti tudi pisne zdravstveno-vzgojne publikacije.

Ugotovili smo, da so pacienti zelo dobro poučeni o negi stopal in pravilni obutvi. Informacije so dobili pri zdravstvenih delavcih. Največ anketirancev so poučile medicinske sestre v diabetološki ambulanti. V nadaljevanju smo ugotovili, da si skoraj polovica

anketirancev nanaša vlažilne kreme ali losjone med prste na nogah in prav tako jih skoraj polovica hodi bosih naokoli, kar ni priporočljivo. Malo več kot polovica anketirancev si namaka noge v kopeli, kar prav tako ni priporočljivo. Z raziskavo smo ugotovili, da večji delež anketirancev lahko doseže in vidi dno stopal, kar je priporočljivo. Skoraj vsi anketiranci si pregledujejo stopala, od teh si jih skoraj polovica stopala pregleda vsak dan, ostali 2- do 6-krat na teden ali enkrat na teden oziroma manj pogosto. Skoraj vsi anketiranci si noge umivajo vsak dan, prav tako si po umivanju nog dobro osušijo prostore med prsti. Nohte na nogi si večinoma krajšajo sami, ostalim pomagajo družinski člani ali pa se odločijo za obisk pedikerja. Pogosta obutev anketirancev so športni copati in usnjeni čevlji, malo manj pogosta sandali, široka obutev in čevlji po meri, čevlji z vezalkami ali ježkom in čevlji za sladkorne paciente.

Za pacienta z diabetičnim stopalom je zelo pomembno, da nosi primerno obutev ves čas, saj lahko že kratkotrajno nošenje neprimerne obutve privede do hudih zapletov in nastanka razjed. Primerno obutev je treba nositi tudi doma in tudi ta mora imeti ravno takšne lastnosti, kot obutev za zunaj (dovolj prostora za prste, mehak vložek, brez šivov...) (Kosi, 2016). Ugotovili smo, da večji delež anketirancev nosi bombažne oz. volnene nogavice, malo manjši je delež tistih, ki nosijo sintetične nogavice, brezšivne nogavice in najlonke oz. hlačne nogavice. Večji delež anketirancev pred umivanjem nog vedno preizkusi temperaturo vode in pri gretju stopal, zelo malo uporablja termofor. Več kot polovica anketirancev si pregleda čevlje, preden si jih obuje, da ni v njih kakšnih kamenčkov oziroma drugih manjših predmetov.

Naša raziskava je v primerjavi z raziskavo Al Odhayanija in sodelavcev (2015) pokazala na številne razlike: pri napakah pravilne nege nog in pravilne izbire obutve, pri namakanju nog v kopeli, pri preverjanju temperature vode pred umivanjem nog, pri pregledovanju notranjosti čevljev, preden si jih pacienti obujejo, pri uporabi termoforja za ogrevanje nog, pri sušenju nog med prsti. Podobnosti so bile v nanašanju vlažilnih krem med prste na nogah, rednem umivanju nog in pri pregledovanju stopal. Z raziskavo smo ugotovili večjo seznanjenost in poznavanje zapletov sladkorne bolezni naših anketirancev kot v raziskavi Al Odhayanija in sodelavcev (2015).

Glede na subjektivno oceno intervjuvank smo ugotovili, da z naraščanjem števila pacientov s sladkorno boleznijo narašča tudi število pacientov z diabetičnim stopalom. Prav tako smo ugotovili, da so pacienti s sladkorno boleznijo v današnjem času bolj ozaveščeni o pojavu nastanka diabetičnega stopala. Medicinske sestre z izvajanjem preventive pripomorejo k zmanjšanju pojava zapletov sladkorne bolezni, kot je diabetično stopalo. Martins-Mendes in sodelavci (2014) pravijo, da sladkorna bolezen sodi med najpogostejše presnovne bolezni ter da incidenca in

prevalenca vsako leto naraščata ter povzročata visok strošek zdravljenja, prezgodnjo smrt prebivalstva, Bowen in sodelavci (2015) pa še dodajo, da pri starejši populaciji povzroča slabo kakovost življenja.

Možnost za nadaljevanje raziskave bi bila izvedba enake raziskave na večjem številu pacientov različnih bolnišničnih ustanov v Sloveniji. Naša raziskava je potekala na manjšem vzorcu anketirancev in intervjuvancev ter je bila omejena na kraj izvajanja. Pri izvedbi intervjuja so vprašani imeli manjše možnosti, da bi izrazili svoje mnenje tudi o nekaterih drugih stvareh, kar pa bi morda bistveno vplivalo na ugotovitev raziskave. Omejitev kvalitativne in kvantitativne raziskave je nezmožnost posploševanja ugotovitev. V zaključku raziskave smo pričakovali takšen izid rezultatov in ugotovitev.

Zaključek

Ugotovitve raziskave kažejo, da je sladkorna bolezen vsako leto pogostejša, s tem narašča tudi število pacientov z diabetičnim stopalom. Zaplet, kakršen je diabetično stopalo, pacientom najpogosteje prinese spremembo v kakovosti življenja. Da bi preprečili zaplete diabetičnega stopala, je zelo pomembno, da medicinske sestre v svetovanje pacientu vključijo informacije o diabetičnem stopalu, zapletih, urejenosti krvnega sladkorja, pomenu telesne dejavnosti, redni in pravilni negi nog, samopregledovanju nog, pravilni izbiri obutve in nogavic ter kam in kdaj naj se obrnejo po pomoč. Zdravstvena vzgoja na področju sladkorne bolezni deluje v sklopu diabetološke ambulante in šole za diabetike. Koristne informacije, ki smo jih dobili na podlagi rezultatov, so lahko izhodišče za izboljšanje klinične prakse.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

Za potrebe raziskave smo pridobili dovoljenje ustanove, ki pa je v raziskavi želela biti neimenovana. Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). / In order to carry out this study, we had to obtain the permission of an institution, which wished to remain anonymous. The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

Prispevek avtorjev / Author contributions

Avtorica in soavtorji so skupaj zasnovali idejo o raziskavi in raziskovalno metodologijo. Prva avtorica članka je izvedla raziskavo, statistično analizo podatkov in napisala osnutek članka. Soavtorji članka so prispevali h konceptualni zasnovi in metodologiji raziskave ter pripravi predstavitve rezultatov in diskusije. / The author and the co-authors have conceived the idea about the research and research methodology. The first author of the article carried out the research and statistical analysis and wrote the draft. The co-authors contributed to the conceptual design and methodology of the research, and the preparation of data presentation and discussion.

Literatura

Abbott, C.A., Carrington, A.L., Ashe, H., Bath, S., Every, L.C., Griffiths, J., et al., 2002. The North-West Diabetes Foot Care Study: incidence of, and risk factors for, new diabetic foot ulceration in a community-based patient cohort. *Diabetic Medicine*, 19(5), pp. 377–384.
<https://doi.org/10.1046/j.1464-5491.2002.00698.x>
PMid:12027925

Al Odhayani, A.A., Al Sayed Tayel, S. & Al-Madi, F., 2015. Foot care practices of diabetic patients in Saudi. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 24(7), pp. 1–5.
<https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2015.12.003>

Ambrož, A., 2010. Diabetično stopalo. In: E. Kavaš & M. Zrim, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji*. Murska Sobota: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, pp. 49–51.

American Diabetes Association (ADA), 2015. *Foot Complications*. Available at:
<http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/foot-complications> [30. 5. 2015].

Bowen, P.G., Clay, O.J., Lee, L.T., Vice, J., Ovalle, F., & Crowe, M., 2015. Associations of social support and self-efficacy with quality of life in older adults with diabetes. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(12), pp. 21–29.
<https://doi.org/10.3928/00989134-20151008-44>
PMid:26468654; PMCid:PMC4753825

Diabetes Care Program of Nova Scotia, 2009. *Diabetes Foot Care Questionnaire*. Available at:
<http://diabetescare.nshealth.ca/sites/default/files/files/FootCareQuestionnaire.pdf> [3. 5. 2015].

Flis, V., & Miksić, K., 2010. Bolezni arterij. In: V. Flis, & K. Miksić, eds. *Izbrana poglavja iz kirurgije: učbenik za kirurgijo na visokih zdravstvenih šolah*. Maribor: Založba Pivec, pp. 171–181.

- International Working Group on the Diabetic Foot, 2015. IWGDE Guidance on the prevention of foot ulcers in at-risk patients with diabetes. Available at: <http://iwgdf.org/guidelines/guidance-for-prevention-2015> [20. 7. 2016].
- Kavčič, Ž., 2013. Diabetična noga. In: V. Vilar & T. Planinšek Ručigaj, eds. *Izziv ali problem pri oskrbi ran*. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije (DORS), pp. 139–149.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Koren, F., 2012. Sladkorna bolezen. In: S. Ferfolja, ed. *Obravnava starostnika s sladkorno boleznijo: zbornik predavanj*. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 7–10.
- Kosi, M., 2016. Spoznajmo svoje nogenoge: diabetično stopalo. II. del. *Zaloker & Zaloker*. Available at: <http://www.zaloker-zaloker.si/sl/sladkorna-bolezen/zanimivosti-in-nasveti/spoznajmo-svoje-noge-diabeticno-stopalo-ii-del> [18. 7. 2016].
- Kosmina Novak, V., 2010. Oskrba pacienta s kronično boleznijo na primarni ravni v specialistični dejavnosti. In: T. Štemberger Kolnik & S. Majcen Dvoršak, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov*. Ljubljana: Koper: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza strokovnih društev medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic; Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic, pp. 41–44.
- Martins-Mendes, D., Monteiro-Soares, M., Boyko, E.J., Ribeiro, M., Barata P., Lima, J., et al., 2014. The independent contribution of diabetic foot ulcer on lower extremity. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 28(5), pp. 632–638. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2014.04.011> PMID:24877985; PMCID:PMC4240944
- Močnik Drnovšek, V., 2009. *Človekove pravice v zvezi z biomedicino, Oviedska konvencija in dodatni protokoli*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, pp. 5–103.
- Peterson M., J., & Virden D., M., 2013. Improving diabetic foot care in a nurse-managed safety-net clinic. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(5), pp. 263–271. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00786.x> PMID:24170568
- Rustja, M., 2012. Diabetično stopalo. In: S. Ferfolja, ed. *Obravnava starostnika s sladkorno boleznijo: zbornik predavanj*. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 31–37.
- Sedej, B., & Kos, N., 2010. Rehabilitacija v prvih dneh po amputaciji na spodnjem ud. In: M. Rems & P. Studen Pauletič, eds. *Zbornik povzetkov/ 5. kongres Združenja kirurgov Slovenije z mednarodnim sodelovanjem*. Ljubljana: Združenje kirurgov Slovenije, p. 89.
- Smrke, D.M., 2010. Principi zdravljenja diabetične noge. In: M. Rems & P. Studen Pauletič, eds. *Zbornik povzetkov/ 5. kongres Združenj kirurgov Slovenije z mednarodnim sodelovanjem, Kranjska Gora, 25.–27. november 2010*. Ljubljana: Združenje kirurgov Slovenije, p. 86.
- Štol, I., 2017. *DIABZS: skupaj za zdravje*. Available at: <http://endodiab.si/category/diabzs> [20. 7. 2016].
- Urbančič, V. & Slak, M., 2017. Pregled diabetičnega stopala. Available at: <http://endodiab.si/priporocila/diabeticna-noga/pregled-stopala> [18. 6. 2016].
- Volk, V., 2012. Oskrba rane pri sladkornem bolniku. In: S. Ferfolja, ed. *Obravnava starostnika s sladkorno boleznijo: zbornik predavanj*. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 38–42.
- World Health Organization (WHO), 2014. Diabetes. Available at: <http://www.who.int/diabetes/en> [3. 4. 2015].
- World Health Organization (WHO), 2017. *Diabetes*. Available at: <http://www.who.int/diabetes/en/> [6. 9. 2017].
- 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), pp. 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714
- Zumbaira, M., Malika, A., & Ahmad, J., 2012. Incidence, risk factors for amputation among patients with diabetic foot ulcer in a North Indian tertiary care hospital. *The Foot*, 22(1), pp. 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.foot.2011.09.003> PMID:22079404

Citirajte kot / Cite as:

Meklav, K., Flis, V., Stričević, J. & Sruck, V., 2018. Diabetično stopalo kot zaplet sladkorne bolezni. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3), 168–176. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.3.185>

Pregledni znanstveni članek / Review article

Odnos in znanje medicinskih sester ter ovire pri implementaciji na dokazih temelječe prakse: integrativni pregled literature

Knowledge, attitudes and barriers in the implementation of evidenced-based practice among nurses: an integrative literature review

Urban Bole, Brigita Skela-Savič

Ključne besede: zdravstvena nega; na dokazih temelječa praksa; implementacija; ovire

Key words: nursing; evidence based practice; implementation; barriers

Urban Bole, dipl. zn.;
Psihiatrična bolnišnica
Begunje, Begunje 55, 4275
Begunje na Gorenjskem,
Slovenija

*Kontaktne e-naslov /
Correspondence e-mail:*
urban.bole@gmail.com

izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič,
viš. med. ses., univ. dipl.
org., znan. svet.; Fakulteta
za zdravstvo Angele Boškin,
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice,
Slovenija

Članek je nastal v okviru
podiplomskega študija smer
Zdravstvena nega na Fakulteti
za zdravstvo Angele Boškin pri
predmetu Magistrsko delo.

Prejeto / Received: 28. 11. 2017
Sprejeto / Accepted: 19. 4. 2018

IZVLEČEK

Uvod: Na dokazih temelječa praksa velja za zlati standard obravnave pacientov. Namen raziskave je bil preučiti odnos, znanje in ovire pri implementaciji na dokazih temelječe prakse v zdravstveni negi.

Metode: Uporabljen je bil sistematični pregled znanstvene in strokovne literature. V pregled so bile vključene naslednje baze: CINAHL Plus, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PubMed. Omejitvena kriterija iskanja sta bila objava članka med letoma 2008 in 2017 ter dostopnost celotnega besedila člankov v angleščini. Ključne besede iskanja: *nurse, evidence based practice, implementation barriers*. V končni pregled je bilo vključenih 37 člankov. Ocena kakovosti dokazov je prikazana v hierarhiji dokazov. Podatki so bili obdelani s tematsko kvalitativno analizo.

Rezultati: Identificiranih je 73 kod, ki so združene v 7 vsebinskih kategorij: (1) dejavniki, ki vplivajo na negativen odnos medicinskih sester do na dokazih temelječe prakse, (2) dejavniki, ki vplivajo na pozitiven odnos medicinskih sester do na dokazih temelječe prakse, (3) znanje raziskovanja medicinskih sester za uporabo znanstvenih dokazov v kliničnem okolju, (4) znanje uporabe informacijske tehnologije za iskanje dokazov, (5) vpliv mentorstva in kompetenc za implementacijo na dokazih temelječe prakse v klinično okolje, (6) ovire organizacije za implementacijo na dokazih temelječe prakse v klinično okolje in (7) ovire medicinskih sester za implementacijo na dokazih temelječe prakse v klinično okolje.

Diskusija in zaključek: Raziskava pokaže pozitiven kot tudi negativen odnos medicinskih sester do na dokazih temelječe prakse. Osredotoča se na pomanjkanja znanja in ovire, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri implementaciji na dokazih temelječe prakse v klinično okolje.

ABSTRACT

Introduction: Evidence-based practice is now regarded as the »gold standard« in health care delivery worldwide. The aim of the research was to study the attitudes, knowledge and obstacles in the implementation of evidence-based practice in nursing.

Methods: A systematic review of scientific and professional literature was conducted whereby the CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, Wiley and PubMed data bases were used. The search limiting criteria were: the publication of the article between 2008 to 2017 and a complete article text in the English language. The search key words were: *nurse, evidence based practice, implementation barriers*. 37 articles were included in the final analysis. The assessment of the quality of evidence is shown in the hierarchy of evidence. The data were processed with a thematic qualitative analysis.

Results: 73 codes were identified and combined to 7 content categories: (1) factors affecting a negative attitude of nurses towards evidenced-based practice, (2) factors affecting a positive attitude of nurses towards evidenced-based practice, (3) research skills to be able to use scientific evidence in clinical settings, (4) information technology skills to be able to search for scientific evidence, (5) the impact of competencies and mentoring for the implementation of evidence-based practice in clinical settings, (6) barriers of an organization for the implementation of evidence-based practice and (7) barriers of nurses to implement evidence-based practice.

Discussion and conclusion: The research has revealed that nurses have positive and negative attitudes towards evidence-based practice. It focuses on the lack of knowledge and the obstacles which nurses encounter in the implementation of evidence-based practice in a clinical environment.

Uvod

Na dokazih temelječa praksa (DTP) je prepoznana kot zlati standard zdravstvene obravnave, vendar jo je v kliničnih okoljih deležna le tretjina pacientov (Melnyk, et al., 2008). Na uporabo na dokazih temelječe prakse v kliničnih okoljih pomembno vpliva odnos medicinskih sester (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017), njihovo znanje in spretnosti raziskovanja (Gentizon, et al., 2016) ter ovire, s katerimi se srečujejo pri implementaciji v klinično prakso (Middlebrooks, et al., 2016). Odnos do na dokazih temelječe prakse v zdravstveni negi tako niha od pozitivnega do neopredeljenega ali celo negativnega in je v veliki meri odvisen od organizacijske klime (Stokke, et al., 2014; Farokhzadian, et al., 2015; Weng, et al., 2015; Mallion & Brooke, 2016; Nguyen & Wilson, 2016). Pomanjkanje znanja in spretnosti pri raziskovanju implementacijo dokazov še dodatno oteži (Kim, et al., 2013). Medicinskim sestram primanjkuje samozavesti glede lastnega znanja in veščin, potrebnih za uporabo dokazov v kliničnem okolju (Thorsteinsson, 2013). Večina medicinskih sester se za informacije obrne k sodelavcem namesto k raziskavam, čeprav večina medicinskih sester navodila za uporabo elektronskih baz prejme že v dodiplomskem izobraževanju (Majid, et al., 2011). Ovire, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri uporabi na dokazih temelječe prakse, so si v raziskavah zelo podobne. Tako so najpogostejše ovire pomanjkanje časa, slabo znanje in spretnosti s področja raziskovanja, nepoznavanje angleškega jezika, pomanjkljivo znanje uporabe računalniške tehnologije, nepoznavanje statističnih izrazov, pomanjkanje izobraževanj, pomanjkljivo poznavanje podatkovnih baz (Farokhzadian, et al., 2015; Weng, et al., 2015; Gentizon, et al., 2016; Nguyen & Wilson, 2016; Skela-Savič, et al., 2016; Zhou, et al., 2016; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil s sistematičnim pregledom literature proučiti odnos, znanje in ovire pri implementaciji znanstvenih dokazov v klinično okolje. Cilj raziskave je bil prispevati k razumevanju odnosa, znanja in ovir, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri implementaciji dokazov v klinično okolje. Raziskovalno vprašanje:

- Kakšna so spoznanja raziskav o odnosu, znanju in ovirah pri implementaciji DTP v zdravstveni negi?

Metode

Metode pregleda

Izbrali smo sistematični pregled znanstvene literature. Dizajn raziskave je bil integrativna analiza

kvantitativnih in kvalitativnih podatkov, s katero dobimo sintezo in interpretacijo spoznanj tako kvantitativnih kot kvalitativnih raziskav, lahko jo izvedemo kot tematsko ali pripovedno analizo (Booth et al., 2012). Izbrali smo tematsko analizo. Za iskanje podatkov smo uporabili podatkovne baze CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PubMed. Pri tem smo uporabili naslednje ključne iskalne zveze: *nurse, evidence based practice, implementation barriers*. V podatkovnih bazah smo postavili naslednje omejitvene kriterije: objava članka med letoma 2008 in 2017 ter dostopnost celotnega besedila člankov v angleščini. Pregledali smo vse izvlečke izbranih zadetkov. Pri ponovnem pregledu smo vključili potencialno primerne zadetke in izbrali znanstvene prispevke, ki smo jih uporabili v pregledu. V podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY smo uporabili Boolov operator AND (sl. IN), s katerim smo povezali *nurse AND evidence based practice AND implementation barriers*. V PubMed-u smo besede *nurse, evidence based practice, implementation barriers* nizali brez Boolovih operatorjev.

Rezultati pregleda

Specifikacija iskalnih besed in različne kombinacije ključnih iskalnih besed je podala širši nabor relevantne literature. Strategija iskanja v podatkovnih bazah je skupaj dala 2.136 zadetkov. Pregledali smo naslove in izvlečke raziskav ter identificirali dvojnike. Strategija iskanja v podatkovnih bazah po odstranjenih dvojnikih je skupaj podala 2098 zadetkov v angleškem jeziku. Po pregledu naslovov in izvlečkov o objavi smo na prvem situ izločili 1974 zadetkov. Po pregledu 124 ustreznih zadetkov smo jih zaradi vsebinske neprimernosti izločili 87. V končno analizo smo tako vključili 37 zadetkov. Potek pridobivanja za našo raziskavo relevantnih člankov je razviden s Slike 1, kjer smo za prikaz pregleda podatkovnih baz in odločanja o uporabnosti pregledanih virov uporabili metodo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) (Liberati, et al., 2009).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

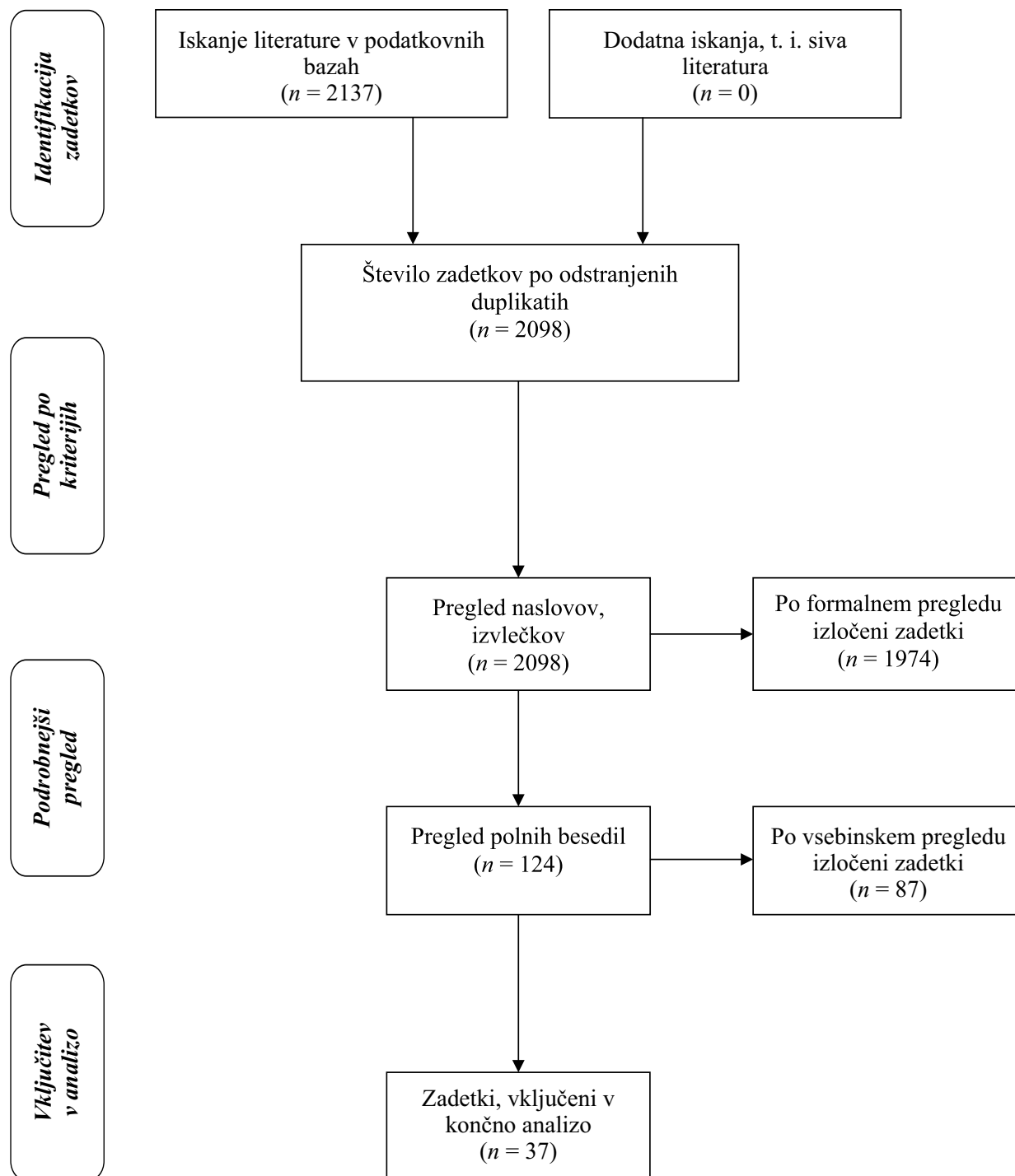
Izbor literature je temeljil na dostopnosti in vsebinski ustreznosti. V raziskavo smo uvrstili le pregledano literaturo, ki je obravnavala na dokazih temelječo prakso v zdravstveni negi, in ne tudi na drugih področjih v zdravstvu. Vključili smo znanstvene raziskave, ki so obravnavale odnos, znanje in ovire medicinskih sester o na dokazih temelječi praksi na različnih ravneh zdravstvenega varstva.

Hierarhijo dokazov vključenih raziskav smo določili po Politu in Becku (2008), ki navajata 7 nivojev hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnih delih (Tabela 1). Raziskava je potekala od aprila do junija 2017 po

naslednjih fazah: identifikacija problema, sistematično zbiranje in pregled literature, vrednotenje in izbor ustreznosti raziskav, klasificiranje raziskav z vidika hierarhije dokazov in značilnosti raziskovalnega dizajna.

Rezultati

Teme, kategorije in kode ter podatke o avtorjih in povzetke raziskav prikazuje Tabela 2.



Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

Figure 1: Results of literature review based on the PRISMA method

Tabela 1: Hierarhija dokazov vključenih raziskav**Table 1: Evidence quality assessment**

<i>Hierarhija dokazov / The hierarchy of evidence</i>	<i>Pregled kakovosti dokazov / Evidence quality assessment</i>
Nivo 1 Sistematičen pregled randomiziranih kliničnih raziskav Sistematičen pregled nerandomiziranih kliničnih raziskav	0
Nivo 2 Posamezne randomizirane klinične raziskave	3
Nivo 3 Sistematični pregled opisnih in eksplorativnih kvantitativnih raziskav	3
Nivo 4 Posamezne opisne in eksplorativne kvantitativne raziskave	28
Nivo 5 Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih raziskav	0
Nivo 6 Posamične opisne/kvalitativne raziskave	3
Nivo 7 Mnenja avtorjev, ekspertnih komisij	0

Tabela 2: Razporeditev kod po kategorijah**Table 2: Codes sorted by categories**

<i>Kode / Codes</i>	<i>Kategorije / Categories</i>	<i>Avtor / Author</i>
Boljše spretnosti – več znanja – magistric/magistri zdravstvene nege – medicinske sestre z naprednimi znanji – medicinske sestre s specializacijo – kontinuirano izobraževanje – daljša delovna doba – izvajanje DTP v praksi – sodelovanje v delovnih skupinah – višja izobrazba – udeležba na kongresih – uporaba podatkovnih baz – izkušnje s poučevanjem – branje strokovne literature – mentorstvo – udeležba v programu DTP – podporno okolje – zadovoljstvo z delom – več kliničnih izkušenj	Kategorija 1: Dejavniki vpliva na pozitiven odnos medicinskih sester do DTP	Foo, et al., 2011; Gerrish, et al., 2011; Mehrdad, et al., 2012; Thorsteinsson, 2013; Köpke, et al., 2013; Stokke, et al., 2014; Melnyk, et al., 2014; Ammouri, et al., 2014; Weng, et al., 2015; Skela-Savič, et al., 2016; Skela-Savič et al., 2017
Pomanjkanje znanja – pomanjkanje spretnosti – tradicionalna prepričanja – slabo poznavanje dokazov – slaba seznanjenost z DTP – nepoznavanje konteksta DTP – slaba izobraženost – pomanjkanje izobraževanj – uporaba lastnih izkušenj – lastna opazovanja – tiskani mediji – človeški vir – preobremenjenost	Kategorija 2: Dejavniki vpliva na negativen odnos medicinskih sester do DTP	Majid, et al., 2011; Mokhtar, et al., 2012; Farokhzadian, et al., 2015; Skela-Savič, et al., 2016; Nguyen & Wilson, 2016; Mallion & Brooke, 2016
Pomanjkanje raziskovanja – pomanjkanje randomiziranih raziskav – sistematična uporaba strategij – preoblikovanje znanja – vloga izobraževalnega sistema – nepoznavanje raziskovanja – sodelovanje izobraževalnih in kliničnih okolij	Kategorija 3: Znanje medicinskih sester o raziskovanju za uporabo znanstvenih dokazov v kliničnem okolju	Prior, et al., 2010; Mokhtar, et al., 2012; Filippini, et al., 2011; White-Williams, et al., 2013; Ramos-Morcillo, et al., 2015; Skela-Savič, et al., 2016; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2016
Znanje uporabe interneta – znanje iskanja dokazov – znanje iskanja po podatkovnih bazah – angleški jezik – usposabljanje iz informacijskih znanj	Kategorija 4: Znanje uporabe informacijske tehnologije za iskanje znanstvenih dokazov	Foo, et al., 2011; Khammarnia, et al., 2014; Skela-Savič, et al., 2016; Skela-Savič, et al., 2017
Programi implementacije DTP – vloga vodstva, institucij – vloga dodiplomskega študija – vloga podiplomskega študija – magistric zdravstvene nege – akademsko izobraževanje – mentor s specialnimi znanji DTP – vključitev kompetenc DTP v sistem – iskanje in sintetiziranje dokazov – usposabljanje mentorjev – upravljanje znanja – spodbujanje znanja	Kategorija 5: Napredna znanja in kompetence za implementacijo DTP v klinično okolje	Melnyk, et al., 2008; Gerrish, et al., 2011; Mokhtar, et al., 2012; Köpke, et al., 2013; Yoder, et al., 2014; Melnyk, et al., 2014; Weng, et al., 2015; Nguyen & Wilson, 2016; Skela-Savič, et al., 2017; Friesen, et al., 2017
Slab odnos menedžmenta do DTP – slab odnos vodij do DTP – oblikovanje politike – oblikovanje sistemov – ni celovite strategije – neizobraženost vodij – onemogočanje implementacije v klinično okolje – slabo založene knjižnice – slabo sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami	Kategorija 6: Ovine v usposobljenosti menedžmenta za implementacijo DTP v klinično okolje	Gerrish, et al., 2011; Majid, et al., 2011; Boström, et al., 2013; Shafiei, et al., 2014; Farokhzadian, et al., 2015; Skela-Savič, et al., 2016

Se nadaljuje / Continues

<i>Kode / Codes</i>	<i>Kategorije / Categories</i>	<i>Avtor / Author</i>
Nepoznavanje raziskovanja – pomanjkanje časa – pomanjkanje virov – pomanjkanje dostopa do spleta – pomanjkanje znanja za prepoznavo kakovostnih dokazov – neznanje interpretacije dokazov – nepoznavanje statistike – pomanjkanje kompetenc – tradicionalna znanja	Kategorija 7: Ovire pri medicinskih sestrah za implementacijo DTP v klinično okolje	Chan, et al., 2011; Foo, et al., 2011; Majid, et al., 2011; Mokhtar, et al., 2012; Dalheim, et al., 2012; Köpke, et al., 2013; Boström, et al., 2013; Thorsteinsson, 2013; Ammouri, et al., 2014; Yoder, et al., 2014; Khamarnia, et al., 2015; Weng, et al., 2015; Farokhzadian, et al., 2015; Gentizon, et al., 2016; Zhou, et al., 2016;

Legenda / Legend: DTP – na dokazih temelječa praksa / evidenced based practice

Kategorija 1: Dejavniki vpliva na pozitiven odnos medicinskih sester do na dokazih temelječe prakse

Izboljšanje odnosa medicinskih sester do na DTP temelji na aktivaciji menedžmenta zdravstvenih organizacij, da se spopadejo s tradicionalnimi prepričanji in rituali v zdravstveni negi (Henderson & Fletcher, 2015). Pomemben korak pri izboljšanju odnosa medicinskih sester je zavedanje pomena organizacijske kulture za izobraževanje medicinskih sester in zviševanja izobrazbene strukture v zdravstveni negi (Prior, et al., 2010). Medicinske sestre z višjo izobrazbeno strukturo imajo boljši odnos do DTP (Weng, et al., 2015). Zaposleni v zdravstveni negi s podiplomsko in dodiplomsko izobrazbo z več kliničnimi izkušnjami, boljšimi spretnostmi raziskovanja, izkušnjami iz poučevanja v zdravstveni negi, ki so pripravljene investirati lastna sredstva v izobraževanje in udeležbo na kongresih, imajo boljši odnos do DTP (Mehradd, et al., 2012; Köpke, et al., 2013; Ammouri, et al., 2014). Pogosto branje strokovne literature in smernic zdravstvene nege izboljšuje odnos do DTP (Filippini, et al., 2011). Na odnos medicinskih sester pomembno vpliva kontinuirano izobraževanje iz vsebin DTP v dodiplomskih in podiplomskih študijskih programih (Melnik, et al., 2008). Filippini in sodelavci (2011) ugotavljajo, da so medicinske sestre spremenile svoj odnos do DTP, če so se v zadnjem letu udeležile izobraževanja s področja DTP. Skela-Savič in sodelavci (2016) ugotavljajo, da je odnos do DTP boljši pri medicinskih sestrah, ki so svoje znanje o raziskovanju ocenile višje in so bile bolj zadovoljne s svojim delom ter imele več kliničnih izkušenj. Pridobljene izkušnje v izobraževalnih programih pomembno vplivajo na odnos medicinskih sester do DTP (Friesen, et al., 2017). V izvedeni raziskavi Skela-Savič in sodelavci (2017) v slovenskih bolnišnicah ugotavljajo, da so za izgradnjo pozitivnega odnosa do DTP pomembni znanja in večine medicinskih sester o DTP ter moč njihovih prepričanj, da je DTP učinkovita v praksi. Za izboljšanje odnosa do DTP je treba izboljšati vrednote aktivizma in profesionalizma v zdravstveni negi ter znanje o raziskovanju.

Kategorija 2: Dejavniki vpliva na negativen odnos medicinskih sester do na dokazih temelječe prakse

Dejavnik, ki povečuje negativen odnos medicinskih sester do DTP, je slabo oblikovana strategija menedžmenta ustanov na tem področju (Shafiei, et al., 2014). Negativen odnos menedžmenta je močno povezan z negativnim odnosom medicinskih sester do DTP, kar je zaskrbljujoče in lahko povzroči resne pomanjkljivosti v kakovosti in varnosti obravnave pacientov (Farokhzadian, et al., 2015). Slabo predznanje, nižja izobrazba, pomanjkanje izobraževanja in preobremenjenost so dejavniki, povezani z negativnim odnosom do DTP (Majid, et al., 2011; Farokhzadian, et al., 2015). Slabši odnos do DTP se ugotavlja pri medicinskih sestrah, ki slabo ocenijo svoje znanje o DTP in se ne izobražujejo na tem področju (Skela-Savič, et al., 2016), so prepričane, da njihovo delo v zdravstveni negi ne temelji na znanstvenih dokazih, in slabo zaznavajo ovire v kliničnih okoljih ter se sklicujejo na moč nepreverjenih spoznanj (Dalheim, et al., 2012; Nguyen & Wilson, 2016; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017).

Kategorija 3: Znanje medicinskih sester o raziskovanju za uporabo znanstvenih dokazov v kliničnem okolju

Upravljanje in spodbujanje znanja so ključni elementi za povečevanja znanja o DTP (Gerrish, et al., 2011), pomembno je tako znanje o raziskovanju kot o DTP (Skela-Savič, et al., 2016). Medicinske sestre dojemajo svojo stopnjo znanja raziskovanja kot srednje dobro (Majid, et al., 2011; Skela-Savič, et al., 2016), kar se izkaže v nesamozavestni rabi znanja o raziskovanju v kliničnih okoljih (Thorsteinsson, 2013). Znanje je slabše na področju ocenjevanja kakovosti dokazov in pri iskanju primernih raziskav v podatkovnih bazah (Dalheim, et al., 2012; Farokhzadian, et al., 2015; Mokhtar, et al., 2012). Po mnenju nekaterih raziskovalcev (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2016) morajo biti vsa prizadevanja osredotočena na sistematično uporabo strategij preoblikovanja znanja v učinkovito in praktično znanje v kliničnem okolju.

Kategorija 4: Znanje uporabe informacijske tehnologije za iskanje znanstvenih dokazov

Večina anketirancev v raziskavi Thorsteinsson (2013) se je za informacije s področja zdravstvene nege obrnila k sodelavcem namesto k raziskavam, čeprav je več kot polovica medicinskih sester prejelo navodila menedžmenta organizacij za uporabo elektronskih baz podatkov. Le četrtnina anketirancev je vedela, kaj so Bolovi operaterji (Majid, et al., 2011). Pomanjkanje znanja se kaže tudi v slabi elektronski pismenosti medicinskih sester. Nepoznavanje dela z računalnikom in spletom pomembno vpliva na implementacijo DTP v klinično okolje. Pravilna uporaba podatkovnih baz je osnova za iskanje znanstvenih dokazov (Heydari, et al., 2014). Medicinske sestre zaradi pomanjkanja znanja raje uporabljajo tiskane in človeške vire v primerjavi z elektronskimi bazami podatkov (Mokhtar, et al., 2012). Pogosto oviro predstavlja slaba dostopnost do podatkovnih baz na delovnem mestu (Skela-Savič, et al., 2016), kar pomembno vpliva na pojasnjevanje uspešnosti uvajanja DTP v klinično delo (Skela-Savič, et al., 2017).

Kategorija 5: Napredna znanja in kompetence za implementacijo na dokazih temelječe prakse v klinično okolje

Oblikovalci študijskih programov morajo znanje o DTP umestiti predvsem v študijske programe za napredne oblike dela v zdravstveni negi (Shafiei, et al., 2014). Medicinske sestre z naprednimi znanji imajo več kompetenc za uporabo DTP in pomembno vplivajo na pospešitev implementacije v prakso (Weng, et al., 2015). Na vseh ravneh dela v zdravstveni negi medicinske sestre potrebujejo mentorstvo za spodbujanje implementacije DTP v klinično okolje (Friesen, et al., 2017). V kliničnih okoljih bi potrebovali usposobljene medicinske sestre, ki bi zbirale in sintetizirale znanstvene dokaze za uporabo v kliničnem delu in pri reševanju kliničnih problemov. Vloga medicinskih sester z naprednimi znanji je kompleksna in večplastna vloga, ki obsega upravljanje znanja, povezovanje in krepitev zmogljivosti za implementacijo na dokazih podprtih sprememb (Gerrish, et al., 2011). Za učinkovito implementacijo DTP se v slovenski raziskavi (Skela-Savič, et al., 2017) izkažejo kot pomembne tudi kompetence za razvoj profesionalizma, ki vključujejo aktivnosti, kot so prenos raziskav v prakso, uvajanje novozaposlenih, razvoj smernic, standardov, kliničnih poti, ugotavljanje potreb pacientov in področij raziskovanja v prihodnosti.

Kategorija 6: Ovire v usposobljenosti menedžmenta za implementacijo na dokazih temelječe prakse v klinično okolje

Pri ovirah v menedžmentu raziskovalci izpostavljajo slab odnos vodij, slabo oblikovanje politike razvoja, slabo oblikovanje sistemov organiziranosti, ni

pomanjkanje celovite strategije implementacije DTP v klinično okolje, neizobraženost vodij, slabo sodelovanje med zdravniki in medicinskimi sestrami, onemogočanje implementacije DTP v klinično okolje, slabo organizirane in založene knjižnice (Gerrish, et al., 2011; Majid, et al., 2011; Boström, et al., 2013; Farokhzadian, et al., 2015; Shafiei, et al., 2014). Pomemben element prepričan in implementacije DTP je zadovoljstvo na delovnem mestu (Skela-Savič, et al., 2016).

Kategorija 7: Ovire medicinskih sester za implementacijo na dokazih temelječe prakse v klinično okolje

V pregledu literature v šestnajstih kvantitativnih raziskavah s skupnim vzorcem 14.049 medicinskih sester avtorji ugotavljajo, da se medicinske sestre v kliničnih okoljih srečujejo s podobnimi ovirami pri implementaciji DTP (Chan, et al., 2011; Foo, et al., 2011; Majid, et al., 2011; Dalheim, et al., 2012; Mokhtar, et al., 2012; Thorsteinsson, 2013; Bostrom, et al., 2013; Kopke, et al., 2013; Heydari, et al., 2014; Khammarnia, et al., 2014; Yoder, et al., 2014; Ammouri, et al., 2014; Farokhzadian, et al., 2015; Weng, et al., 2015; Gentizon, et al., 2016; Zhou, et al., 2016).

Majid in sodelavci (2011) ugotavljajo, da so najpogostejše ovire, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri implementaciji dokazov v klinično okolje, pomanjkanje časa za raziskovanje in iskanje dokazov, nerazumevanje statističnih podatkov, predstavljenih v člankih, in pomanjkanje znanja raziskovanja, kar potrjuje raziskava Farokhzadian in sodelavci (2015), v kateri ugotavljajo, da je prav pomanjkanje znanja raziskovanja in interpretacija statističnih rezultatov najpogostejša ovira za implementacijo dokazov v klinično okolje. Oviro predstavlja tudi pomanjkljivo znanje rabe podatkovnih baz in neznanje angleškega jezika (Khammarnia, et al., 2014; Yoder, et al., 2014).

Diskusija

S sistematičnim pregledom literature smo oblikovali sedem vsebinskih kategorij. Dve kategoriji zadevata pozitiven oz. negativen odnos medicinskih sester do DTP. Znanje je razdeljeno na tri kategorije: znanje raziskovanja, znanje uporabe IT-tehnologije ter napredne oblike znanj in kompetenc. Za ovire pri implementaciji DTP smo izpeljali dve kategoriji: ovire posameznika in ovire usposobljenosti menedžmenta v organizaciji, ki otežujejo implementacijo DTP v klinično okolje.

Odnos medicinskih sester v zdravstveni negi do DTP se med raziskavami razlikuje, od pozitivnega (Majid, et al., 2011; Skela-Savič, et al., 2016) do negativnega (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2017). V pregledu literature ugotavljamo, da so medicinske sestre pri samooceni znanja o raziskovanju

in uporabi le-tega negotove (Skela-Savič, et al., 2016), največkrat uporabljajo znanja, pridobljena iz lastnih kliničnih izkušenj, in le redko iz znanstvenih dokazov (Dalheim, et al., 2012). Na navedeno pomembno vpliva pomanjkanje izobraževanj iz DTP in raziskovanja (Farokhzadian, et al., 2015) ter izobraževanja o uporabi in iskanju znanstvenih dokazov (Thorsteinsson, 2013). Podiplomsko izobraževanje medicinskih sester (specializacije, magisteriji) lahko pomembno vpliva na višjo raven znanja uporabe DTP in poveča uporabo znanstvenih dokazov v kliničnih okoljih (Friesen, et al., 2017). Avtorji (Prior, et al., 2010; Majid, et al., 2011; Shafiei, et al., 2014; Weng, et al., 2015) ugotavljajo primerljive ovire za implementacijo DTP tako pri kvantitativnih kot kvalitativnih raziskavah. Pri kvalitativnih raziskavah avtorji (Kim, et al., 2013; Mallion & Brooke, 2016) ugotavljajo negativen odnos medicinskih sester do DTP, pomanjkanje zavedanja o pomembnosti raziskovanja, pomanjkanje znanja o raziskovanju in uporabi podatkovnih baz (Middlebrooks, et al., 2016). Podobno ugotavljamo pri kvantitativnih raziskavah. Pri ovirah pri implementaciji DTP raziskovalci največkrat izpostavljajo: pomanjkanje časa in znanja (Foo, et al., 2011; Dalheim, et al., 2012; Khammarnia, et al., 2014; Ramos-Morcillo, et al., 2015; Skela-Savič, et al., 2016), pomanjkanje znanja o raziskovanju (Chan, et al., 2011; Thorsteinsson, 2013) in resursov za uspešno implementacijo DTP v klinično okolje (Khammarnia, et al., 2014).

V sistematičnem pregledu literature ugotavljamo, da je večina vključenih raziskav o DTP v zdravstveni negi neeksperimentalnih, opazimo primanjkljaj raziskav s kontrolno skupino in randomiziranih raziskav, kar bi močno prispevalo k pridobitvi še verodostojnejših dokazov na področju prepričanj in uvajanja DTP v zdravstveni negi. Naša ugotovitev se sklada z ugotovitvami drugih raziskovalcev, Middlebrooks (2016) ter Saunders in Vehviläinen-Julkunen (2016), ki izpostavljajo, da je zaradi pomanjkanja eksperimentalnih raziskav in nedoslednosti pri preverjanju zanesljivosti instrumentov za zbiranje podatkov težko priporočiti najboljše prakse za implementacijo na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi. Tako ugotovitve težko posplošujemo, omogočajo pa nam izhodišče za kritično razmišljanje in nadaljevanje raziskovalnega dela.

Potrebne so nadaljnje eksperimentalne raziskave, ki bi potrdile dejanski vpliv že ugotovljenih dejavnikov na odnos in znanje medicinskih sester o DTP in ovire za implementacijo DTP v klinično prakso. Prav tako je smiselno načrtovanje eksperimentalnih raziskav, ki bi proučevale povezanost med uvedenimi pristopi DTP in izidi zdravstvene obravnave pri pacientih ter optimizacijo zdravstvene obravnave pacientov. Longitudinalno raziskovanje je smiselno za proučevanje učinka izobraževanja o raziskovanju in DTP na vseh treh bolonjskih stopnjah izobraževanja za spremembo klinične prakse.

Zaključek

Članek je prispevek k razumevanju pomembnosti odnosa, znanja in ovir, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri implementaciji DTP v klinično okolje. Ugotavljamo pomembnost vpliva organizacijske kulture, vodstva organizacije, povečanja znanja, kompetenc in izobrazbene strukture, ki olajšajo premagovanje ovir za implementacijo na dokazih DTP. V prihodnosti je potrebna izvedba eksperimentalnih raziskav o DTP v zdravstveni negi, kar bo omogočilo zdravstveni politiki in menedžmentu zdravstvenih organizacij, da sprejemajo pravilne in sodobne odločitve na področju stopnje izobraževanja medicinskih sester, spodbujajo razvoj delovnih mest za zahtevnejše oblike dela in razpišejo raziskovalna sredstva za razvoj tega področja. Tovrstne raziskave bi imele tudi pomemben učinek na oblikovalce visokošolskih študijskih programov.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskava ni potrebovala posebnega dovoljenja etične komisije. / No ethical approval was needed for this type of research.

Prispevek avtorjev / Author contributions

Članek je nastal v okviru podiplomskega študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, in sicer pod mentorstvom izr. prof. dr. Brigitte Skele-Savič, znan. svet., kot del magistrskega dela pri predmetu Magistrsko delo. / The article was written in the framework of postgraduate studies at the Angela Boškin Faculty of Health Care, under the mentorship of Dr. Brigita Skela-Savič, Associate Professor, Research Counsellor, as partial fulfillment of the requirements for the Master's degree.

Literatura

Ammouri, A.A., Raddaha, A.A., Dsouza, P., Geethakrishnan, R., Noronha, J.A., Obeidat, A.A., et al., 2014. Evidence-Based Practice: knowledge, attitudes, practice and perceived barriers among nurses in Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 14(4), pp. 537–545.

- Boström, A.M., Rudman, A., Ehrenberg, A., Gustavsson, J.P. & Wallin, L., 2013. Factors associated with evidence-based practice among registered nurses in Sweden: a national cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 13, pp. 165. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-165>
- Booth, A., Papaioannou, D. & Sutton, A., 2012. *Systematic approaches to a successful literature review*. SAGE, Los Angeles, pp. 145–164.
- Chan, G.K., Barnason, S., Dakin, C.L., Gillespie, G., Kamienski, M.C., Stapleton, S., et al., 2011. Barriers and perceived needs for understanding and using research among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 37(1), pp. 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.016>
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R.M., & Nortvedt, M.W., 2012. Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*, 12, pp. 367. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-367>
- Farokhzadian, J., Nayeri, N.D., Borhani, F. & Zare, M.R., 2015. Nurse leaders' attitudes, self-efficacy and training needs for implementing evidence-based practice: is it time for a change toward safe care. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 7(8), 662–671. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2015/16487>
- Friesen, M.A., Brady, J.M., Milligan, R. & Christensen, P., 2017. findings from a pilot study: bringing evidence-based practice to the bedside. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 14(1), pp. 22–34. <https://doi.org/10.1111/wvn.12195>
- Filippini, A., Sessa, A., Di Giuseppe, G. & Angelillo, I.F., 2011. Evidence-based practice among nurses in Italy. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 34(3), pp. 371–382. <https://doi.org/10.1177/0163278710387924>
- Foo, S., Majid, S., Mokhtar, I.A., Zhang, X., Luyt, B., Chang, Y.K., et al., 2011. Nurses' perception of evidence-based practice at the National University Hospital of Singapore. *American Journal of Continuing Education in Nursing*, 11, pp. 522–528. <https://doi.org/10.3928/00220124-20110516-04>
- Gentizon, J., Borrero, P., Vincent-Suter, S., Ballabeni, P., Morin, D. & Eicher, M., 2016. Evidence based practice of nurses working in university hospitals in the French speaking part of Switzerland: a descriptive and correlational study. *Recherche en soins infirmiers*, 127(4), pp. 28–42. <https://doi.org/10.3917/rsi.127.0028>
- Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirshbaum, M. & Tod, A., 2011. The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *International journal of Advanced Nursing Studies*, 67(99), pp. 2004–2014. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05642.x>
- Henderson, E.M. & Fletcher, M., 2015. Nursing culture: an enemy of evidence-based practice: a focus group exploration. *Journal of Child Health Care*, 19(4), pp. 550–557. <https://doi.org/10.1177/1367493514530956>
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P.C. & Ioannidis, J.P.A., 2009. The PRISMA statement for reporting dystematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 6(7), art. ID e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Khammarnia, M., Haj Mohammadi, M., Amani, Z., Rezaeian, S., & Setoodehzadeh, F., 2015. Barriers to implementation of evidence based practice in Zahedan Teaching Hospitals, Iran, 2014. *Nursing Research and Practice*, art. ID 357140. <https://doi.org/10.1155/2015/357140>
- Kim, S.C., Brown, C.E., Ecoff, L., Davidson, J.E., Gallo, A.M., Klimpel, K., et al., 2013. Regional evidence-based practice fellowship program: impact on evidence-based practice implementation and barriers. *Clinical Nursing Research*, 22(1), pp. 51–69. <https://doi.org/10.1177/105477381244606>
- Köpke, S., Koch, F., Behncke, A. & Balzer, K., 2013. German hospital nurses' attitudes concerning evidence-based nursing practice. *Pflege*, 26(3), pp. 163–175. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000289>
- Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y.L., Chang, Y.K., et al., 2011. Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association*, 99(3), pp. 229–236. <http://doi.org/10.3163/1536-5050.99.3.010>
- Mallion, J. & Brooke J., 2016. Community- and hospital-based nurses' implementation of evidence-based practice: are there any differences. *British Journal of Community Nursing*, 21(3), pp. 148–154. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.3.148>
- Mehrdad, N., Joolae, S., Joolae, A. & Bahrani, N., 2012. Nursing faculties' knowledge and attitude on evidence-based practice. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(7), pp. 506–511. PMID:23922597; PMCid:PMC3730454
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Feinstein, N.F., Sadler, L.S. & Green-Hernandez, C., 2008. Nurse practitioner educators' perceived knowledge, beliefs, and teaching strategies regarding evidence-based practice: implications for accelerating the integration of evidence-based practice into graduate programs. *Journal of Professional Nursing*, 24(1), pp. 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.06.023>

- Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L., Long, L.E. & Fineout-Overholt, E., 2014. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 11(1), pp. 5–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>
- Middlebrooks, R., Carter-Templeton, H., Mund A.R., 2016. Effect of evidence-based practice programs on individual barriers of workforce nurses: an integrative review. *American Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(9), pp. 398–406. <https://doi.org/10.3928/00220124-20160817-06>
- Mokhtar, I.A., Majid, S., Foo, S., Zhang, X., Theng, Y.L., Chang, Y.K., et al., 2012. Evidence-based practice and related information literacy skills of nurses in Singapore: an exploratory case study. *Health and Informatics in Nursing*, 18(1), pp. 12–25. <https://doi.org/10.1177/1460458211434753>
- Nguyen, T.N. & Wilson, A., 2016. Knowledge, skills, and attitudes to implementing best practice in hospitals in Central Vietnam. *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 14(4), pp. 142–149. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000081> PMID:27089395
- Polit, D.F., Beck, T.C., 2008. *Nursing research: principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Prior, P., Wilkinson, J. & Neville, S., 2010. Practice nurse use of evidence in clinical practice: a descriptive survey. *Nursing Praxis in New Zealand*, 26(2), pp. 14–25. PMID:21032971
- Ramos-Morcillo, A.J., Fernández-Salazar, S., Ruzafa-Martínez, M. & Del-Pinu-Casado, R., 2015. Effectiveness of a brief, basic evidence-based practice course for clinical nurses. *Worldviews on evidence-based nursing*, 12(4), pp. 199–207. <https://doi.org/10.1111/wvn.12103>
- Saunders, H. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2017. Nurses' evidence-based practice beliefs and the role of evidence-based practice mentors at University Hospitals in Finland. *Worldviews on Evidence - Based Nursing*, 14(1), pp. 35–45. <https://doi.org/10.1111/wvn.12189>
- Saunders, H. & Vehviläinen-Julkunen, K., 2016. The state of readiness for evidence-based practice among nurses: an integrative review. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 56, pp. 128–140. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018>
- Shafiei, E., Baratimarnani, A., Goharinezhad, S., Kalhor, R. & Azmal, M., 2014. Nurses' perceptions of evidence-based practice: a quantitative study at a teaching hospital in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28, p. 135. PMID:25694993; PMCID:PMC4322335
- Skela-Savič, B., Hvalič Touzery, S. & Pesjak, K., 2017. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 1–14. <https://doi.org/10.1111/jan.13280>
- Skela-Savič, B., Pesjak, K., Lobe, B., 2016. Evidence-based practice among nurses in Slovenian hospitals: a national survey. *International Nursing Review*, 63(1), pp. 122–131. <https://doi.org/10.1111/inr.12233>
- Stokke, K., Olsen, N.R., Espehaug, B., & Nortvedt, M.W., 2014. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 13(8). <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-8>
- Thorsteinsson, H.S., 2013. Icelandic nurses' beliefs, skills, and resources associated with evidence-based practice and related factors: a national survey. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 10(2), pp. 116–126. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00260.x>
- Zhou, F., Hao, Y., Guo, H. & Liu, H., 2016. Attitude, knowledge, and practice on evidence-based nursing among registered nurses in traditional Chinese medicine hospitals: a multiple center cross-sectional survey in China. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, art. ID 5478086. <https://doi.org/10.1155/2016/5478086>
- Weng, Y.H., Chen, C., Kuo, K.N., Yang, C.Y., Lo, H.L., Chen, K.H., et al., 2015. Implementation of evidence-based practice in relation to a clinical nursing ladder system: a national survey in Taiwan. *Worldviews on Evidence - Based Nursing*, 12(1), 22–30. <https://doi.org/10.1111/wvn.12076>
- White-Williams, C., Patrician, P., Fazeli, P., Degges, M.A., Graham, S., Andison, M., et al., 2013. Use, knowledge, and attitudes toward evidence-based practice among nursing staff. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 44(6), pp. 246–254. <https://doi.org/10.3928/00220124-20130402-38>
- Yoder, L.H., Kirkley, D., McFall, D.C., Kirksey, K.M., Stalbaum, A.L. & Sellers, D., 2014. Staff nurses' use of research to facilitate evidence-based practice. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 114(9), pp. 26–37.

Citirajte kot / Cite as:

Bole, U. & Skela-Savič, B., 2018. Odnos in znanje medicinskih sester ter ovire pri implementaciji na dokazih temelječe prakse: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3), pp. 177–185. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.3.206>

Pregledni znanstveni članek / Review article

Medpoklicno nasilje v operativni dejavnosti: pregled literature Interprofessional violence in perioperative care: literature review

Tina Oblak, Brigita Skela-Savič

Ključne besede: verbalna agresija; moteče vedenje; medpoklicni odnos; zdravje pri delu; organizacijska kultura

Key words: verbal aggression; disruptive behavior; interprofessional relationship; occupational health; organizational culture

Tina Oblak, dipl. m. s.;
Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Kirurška klinika,
Operacijski blok, Zaloška c. 7,
1000 Ljubljana, Slovenija

*Kontaktne e-naslov /
Correspondence e-mail:*
tina.oblak@kclj.si

izr. prof. dr. Brigita Skela-
Savič, viš. med. ses., univ. dipl.
org., znan. svet.; Fakulteta
za zdravstvo Angele Boškin,
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice,
Slovenija

Članek je nastal v okviru
magistrskega študija
Zdravstvena nega pri
predmetih Teorija in praksa
zdravstvene nege in Duševno
zdravje na Fakulteti za
zdravstvo Angele Boškin.

Prejeto / Received: 15. 1. 2018
Sprejeto / Accepted: 25. 6. 2018

IZVLEČEK

Uvod: V operativni dejavnosti heterogena skupina strokovnjakov z različnimi osebnostmi in vrednostnimi sistemi, značilnimi za vsako profesijo, deli odgovornost do enega pacienta, kar lahko sproži napetost v odnosih in se stopnjuje v nasilje. Namen raziskave je bil prikazati razširjenost tega fenomena ter opredeliti z njim povezane dejavnike in posledice.

Metode: Izvedena je bila sistematična iskalna strategija v bazah podatkov CINAHL, Medline, Academic Search Elite, ProQuest in COBIB.SI z datumom objave od januarja 2008 do vključno decembra 2017. Uporabljeni so bili iskalni pojmi v angleščini *aggressive behavior, disruptive behavior, operating room, perioperative, violence, verbal abuse, bullying, surgeon* in v slovenščini *zdravstvena nega, nasilje*. Podanih je bilo 735 zadetkov, glede na naslov in izvleček smo za ustreznost določili 68 virov, po vsebinskem pregledu smo jih izločili še 47.

Rezultati: Zaključki pregleda literature so temeljili na 22 referencah. Oblikovanih je bilo 6 kategorij: (1) povzročitelji in nivoji nasilja, (2) vrste (tipi) nasilja, (3) neposredni vzroki za pojav nasilja v operacijski dvorani, (4) dejavniki, povezani s pojavom in prepoznavnostjo nasilja, (5) posledice nasilja ter (6) individualni in sistemski organizacijski ukrepi za obvladovanje posledic nasilja.

Diskusija in zaključek: Najpogostejši izvajalci nasilja v operativni dejavnosti so kirurgi in zaposleni v operacijski zdravstveni negi, najpogostejši vzroki pa hierarhija, nepredvidljive situacije, kadrovske in materialne deficite, medosebni odnosi, delovna obremenitev, organizacijska kultura. Izkazuje se potreba po tovrstni reprezentativni raziskavi v Sloveniji.

ABSTRACT

Introduction: Perioperative care is generally delivered by a heterogeneous group of professionals with different personalities and value systems who share the responsibility for one patient, which may trigger tension in relationships and even escalate into violence. The aim of the study was to show how often this phenomenon occurs and to specify the related factors and consequences.

Methods: A systematic search strategy in CINAHL, Medline, Academic Search Elite, ProQuest and COBIB.SI databases was implemented. We considered publications with the date of publication from January 2008 to December 2017. We used the following search key words in the English language: *aggressive behavior, disruptive behavior, operating room, perioperative, violence, verbal abuse, bullying, surgeon* and in Slovenian *nursing care (zdravstvena nega), violence (nasilje)*. There were 735 results. Based on the title and abstract 68 of them matched the determinants, while 47 were removed after reviewing the content.

Results: The conclusions of the literature review were based on 22 references. 6 categories were formed: (1) agents and levels of violence, (2) type of violence, (3) direct causes of violence in the operating theater, (4) factors related to the occurrence and identification of violence, (5) consequences of violence and (6) individual and systemic organizational measures for managing the consequences of violence.

Discussion and conclusion: The most common agents of violence in perioperative care are surgeons and perioperative nurses, while the most common causes include hierarchy, unpredictable situations, lack of staff and material, interpersonal relations, workload, and organizational culture. The need for such representative research in Slovenia has been identified.

Uvod

Babnik in sodelavci (2012) ugotavljajo, da je pojav nasilja na delovnem mestu vse pogostejši in intenzivnejši, in čeprav je prisoten v vseh sektorjih, se skoraj četrtina vsega nasilja dogaja v poklicih v zdravstvu. Malliarou in sodelavci (2016) pravijo, da je to pogost fenomen med zdravniki, še bolj med medicinskimi sestrami in zdravniki. Vessey in sodelavci (2010) ga označujejo kot medpoklicno nasilje. Pojavlja se vprašanje, ali je nasilje dejansko prepoznano, kako ga žrtve doživljajo in ali imajo ustrezna znanja za njegovo odkrivanje in preprečevanje. Kerbič (2013) ugotavlja, da je psihično nasilje najbolj prefinjeno in nedokazljivo. Vičar (2015) pojasnjuje, da je njegova najbolj razširjena oblika verbalno nasilje, ki se lahko odraža kot posmehovanje, žaljenje, kričanje in izrekanje groženj.

Robnik (2012) pravi, da že pri opredelitvi pojava naletimo na tri glavne ovire: odsotnost enotne zakonske definicije na področju Evropske unije, veliko različnih poimenovanj za isti pojav in težjo prepoznavnost pojava zaradi njegove subtilne narave. Leta 2010 so sicer pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije pripravili Protokol obravnave trpinčenja, spolnega in drugega nadlegovanja na delovnem mestu ali v zvezi z delom nad zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi (2010) in Protokol obravnave nasilnih dejanj nad zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi (2010). Babnik in sodelavci (2012) ugotavljajo, da je pogostost doživljanja psihičnega nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi v Sloveniji primerljiva s tistim, ki ga podajajo raziskave v tujini, in dodajajo, da pri tem prevladuje horizontalno nasilje in nasilje s strani pacientov. Okrepiti je treba zavedanje, da si morajo vsi zaposleni aktivno prizadevati za nenasilno in zdravo delovno okolje ter ne smejo dopuščati nasilne komunikacije, nadlegovanja ali trpinčenja sodelavcev (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014).

Delovno okolje v operacijskih dvoranah je, kot vsa delovna okolja z visokim nivojem stresa, še posebej dovzetna za pojav neprimerne vedenja (Saxton, 2012; Malliarou, et al., 2016). Zaposleni v operativni dejavnosti se soočajo z vertikalnim in horizontalnim nasiljem, vendar nasilje le redko povzroči pacient. Girard (2008) se sprašuje, kako in kdaj je postalo celo splošno znano, da je verbalno nasilje povezano z delom v tem okolju, ter zakaj je dejansko sprejeto in včasih celo vzpodbujano. Med zdravniki so večinoma prav kirurgi tisti, ki imajo dokumentiranega največ motečega vedenja (Cohran & Elder, 2014). Galanduk in Bilckuk (2015) navajata, da so imele prejšnje generacije zaposlenih v operacijski zdravstveni negi kirurge za nezmotljive, vendar ta mit danes ne velja več. Kljub temu se o neprimernem vedenju zdravnikov pristojnim največkrat ne poroča in posledično se ga

disciplinsko ne obravnava, čeprav ima velik vpliv na posameznikovo storilnost, kohezijo zdravstvenega tima in zanesljivost zdravstvenega sistema (Reiter, et al., 2012). Kirurgi, ki izvajajo nasilje nad drugimi člani zdravstvenega tima, kršijo pravne akte zdravstvenih ustanov in države ter ustvarjajo sovražno delovno okolje, ki kot takšno vpliva na produktivnost (Jacobs & Wille, 2012). Pfifferling (2008) ter Reiter in sodelavci (2012) izpostavljajo še nižjo kakovost zdravstvenih storitev, zmanjšano moralno zdravstvenega osebja in višje stroške zdravstvene obravnave. McNamara (2012) pravi, da morajo medicinske sestre okrepiti svoje zavedanje in zavedanje drugih o neprimernem vedenju, prav tako pa razviti znanja in veščine, da bodo znale takšno vedenje prepoznati in se mu na primeren način upreti. Opolnomočenje za takšna dejanja seveda terja veliko napora, vendar, kot verjame tudi McNamara (2012), bo rezultat dolgotrajnega procesa v korist celotni poklicni skupini in zdravstveni obravnavi pacientov.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil s sistematičnim pregledom literature prikazati rezultate raziskav, katerih predmet obravnave je bilo medpoklicno nasilje v operativni dejavnosti. Cilji raziskave so bili prikazati razširjenost medpoklicnega nasilnega vedenja v operativni dejavnosti, opredeliti najpogostejše povzročitelje tega vedenja in dejavnike, ki so s pojavom povezani, ter ugotoviti posledice takšnega vedenja za pacienta, žrtev in delovno organizacijo.

Oblikovani sta bili naslednji raziskovalni vprašanja:

- Kdo so najpogostejši povzročitelji medpoklicnega nasilja v operativni dejavnosti?
- Kateri dejavniki so povezani s pojavom medpoklicnega nasilja v operativni dejavnosti?

Metode

Metode pregleda

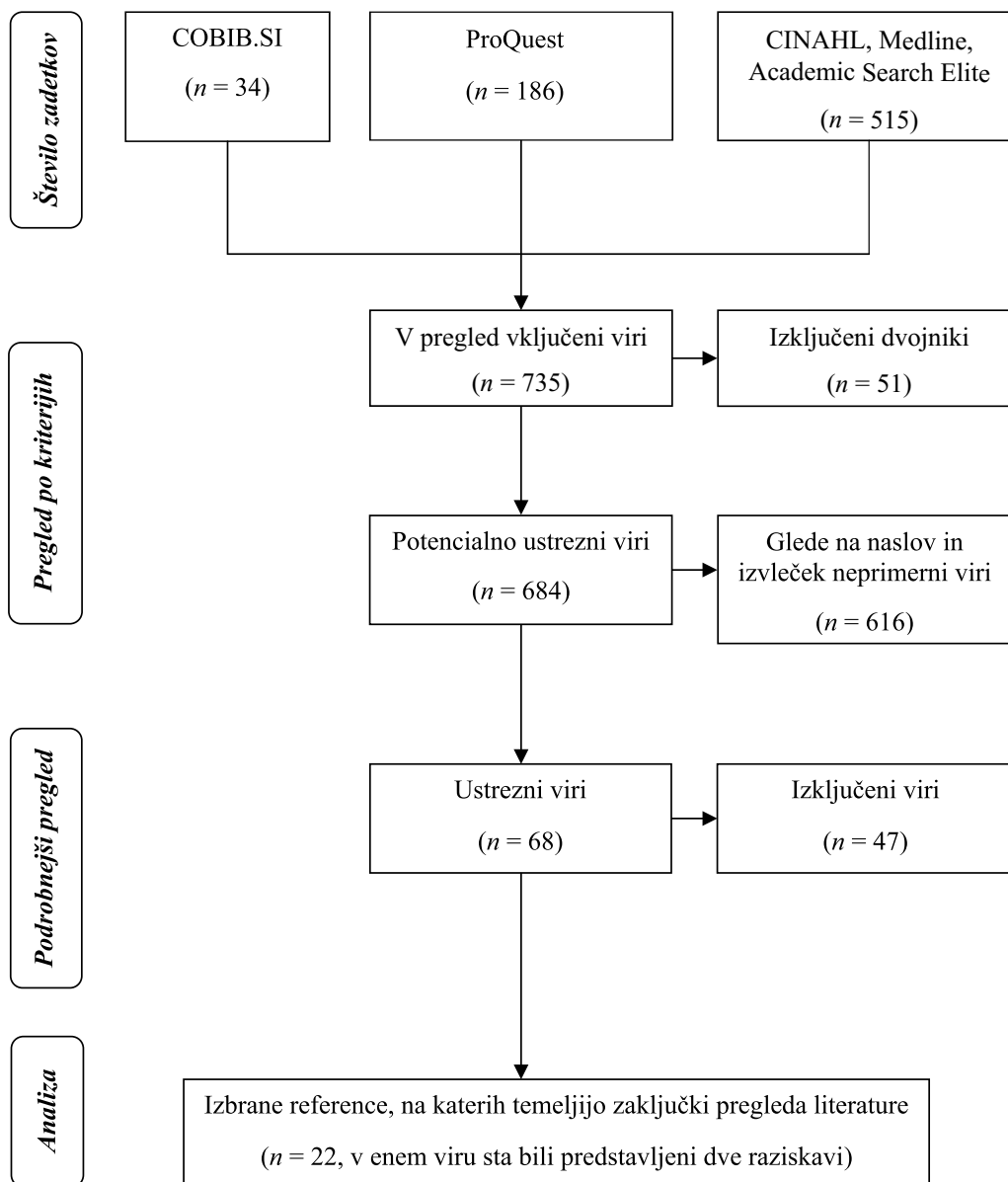
Pri iskanju literature smo v obdobju od 1. junija 2017 do 30. decembra 2017 uporabili sistematično iskalno strategijo v bazah podatkov CINAHL, Medline, Academic Search Elite, ProQuest in COBIB.SI, z datumom objave od januarja 2008 dalje.

V bazah CINAHL, Medline in Academic Search Elite smo iskanje omejili na objave v znanstvenih revijah in doktorske disertacije, uporabili smo iskalne pojme v angleškem jeziku: *aggressive behavior, disruptive behavior, operating room, perioperative, violence, verbal abuse, bullying, surgeon* in Boolov operator AND (IN). V bazi ProQuest smo iskanje omejili na doktorske disertacije, dostopnost virov s celotnim besedilom in dodatno omejitev izvedli s pojmom *nursing*. Uporabili

smo iskalne pojme v angleškem jeziku: *disruptive, behavior, operating room, surgeon* in Boolov operator AND (IN). V slovenski vzajemni bibliografski-kataložni bazi podatkov COBIB.SI smo izvedli en niz iskanja in pri tem uporabili iskalna pojma *zdravstvena nega, nasilje* in Boolov operator AND (IN). Iskanje smo omejili na vrsto gradiva, ki je moralo biti magistrska naloga, doktorska disertacija, strokovni ali znanstveni članek v reviji z recenzijo, prispevek na konferenci ali raziskovalno poročilo.

Rezultati pregleda

S strategijo iskanja smo našli 735 zadetkov. Faze njihove analize smo prikazali na Sliki 1. Po izključitvi dvojnikov ($n = 51$) in kasneje še glede na naslov in izvleček neprimernih virov ($n = 616$) smo za ustrezne določili 68 virov. Po vsebinskem pregledu smo izločili še 47 virov in za vire, na katerih temeljijo zaključki pregleda literature določili 22 referenc, ki smo jih prikazali v Tabeli



Slika 1: Diagram poteka raziskave (diagram PRISMA)

Figure 1: Research process flowchart (PRISMA diagram)

Tabela 1: Raziskovane skupine**Table 1:** Research groups

Raziskovana skupina / Research group	Avtor / Author
Zaposleni v operacijski zdravstveni negi ($n = 8$)	Higgins & MacIntosh, 2010; Smith, 2011; Roh & Yoo, 2012; Saxton, 2012; Tame, 2012; Tekin & Bulut, 2014; Reyka, 2015; Malliarou, et al., 2016
Kirurzi ($n = 5$)	Asik, et al., 2015; Best Practice Australia, 2015; ORC International, 2015; Ling, et al., 2016; Gostlow, et al., 2018
Vsi zaposleni v operativni dejavnosti ($n = 5$)	Coe & Gould, 2008; Lay-Teng, et al., 2010; Chipps, et al., 2013; Cochran & Elder, 2015; Maddineshat, et al., 2017
Zaposleni na različnih področjih zdravstvene nege, vključno z operacijsko zdravstveno nego ($n = 3$)	Kamchuchat, et al., 2008; Bambi, et al., 2014; Park, et al., 2015
Vse raziskovane skupine ($n = 1$)	Villafranca, et al., 2017

2. V enem viru sta bili predstavljeni dve raziskavi, ki smo ju glede na značilnosti obravnavali ločeno.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Izbor literature je temeljil na vsebinski ustreznosti in dostopnosti. Upoštevali smo le prispevke, ki so obravnavali moteče vedenje v operativni dejavnosti. Zaradi potrebe po kompleksnejšem razumevanju problema smo v izbor vključili raziskave, ki obravnavajo zaposlene v operacijski zdravstveni negi in tudi kirurge. V Tabeli 1 so prikazane raziskave glede na raziskovano skupino.

Prispevke smo razvrstili po hierarhiji dokazov, kot sta jo opredelili Polit in Beck (2010). Med izbranimi 22 raziskavami je bilo 15 kvantitativnih, štiri kvalitativne, v dveh raziskavah sta bili uporabljeni obe raziskovalni paradigmi, med izbor smo vključili tudi en pregled literature (Tabela 2). Analizo virov smo izvedli z odprtim kodiranjem njihovih rezultatov, kode podobnega pomena smo združili v kategorije (Tabela 3).

Rezultati

V Tabeli 2 so podrobneje prikazane značilnosti vključenih raziskav.

Tabela 2: Značilnosti vključenih raziskav**Table 2:** Characteristics of included studies

Avtor, letnica / Author, year	Tipologija raziskave / Research typology	Cilj raziskave / Research objective	Vzorec / Sample	Temeljne ugotovitve / Main findings
Asik, et al., 2015	kvantitativna raziskava z lestvico »The Anger Expression Scale in State-Trait Anger Scale«	raziskati pogostost in vzroke nasilnega vedenja med kirurzi	100 zdravnikov, zaposlenih na kirurških oddelkih, tako na medicinskih fakultetah kot v raziskovalnih bolnišnicah, v štirih različnih mestih	50 % zdravnikov je poročalo o svojem nasilnem vedenju v 30 % kirurških posegov. 20 % vseh kirurgov se je tako vedlo ves čas, 14 % kirurgov je kričalo na druge člane ekipe in metalo kirurške instrumente.
Bambi, et al., 2014	kvantitativna raziskava s spletnim vprašalnikom »National Italian Association of Critical Care Nurses«	raziskati vpliv horizontalnega nasilja na kakovost življenja med medicinskimi sestrami, zaposlenimi v operativni dejavnosti in na drugih področjih zdravstvene nege	1202 medicinskih sester	79,1 % medicinskih sester je horizontalno nasilje doživelo vsaj enkrat v preteklem letu, 22,4 % jih je bilo žrtev ustrahovanja. Fluktuacija zaradi nasilja je bila 3,6 %, 69 % žrtev je doživelo psihofizične motnje.
Best Practice Australia, 2015	kvantitativna raziskava s spletnim vprašalnikom	prikazati dokaze, ki bi jih lahko uporabili pri strategiji, kako obravnavati diskriminacijo, ustrahovanje in spolno nadlegovanje v operativni dejavnosti	3516 kirurgov članov »Royal Australian College of Surgeons«	63 % kirurgov je bilo predmet različnih vrst nasilja, 6 % jih je bilo žrtev spolnega nadlegovanja. Izražena je bila nezadostna organizacijska podpora in primanjkljaj izobraževanja o nasilju.

Se nadaljuje / Continues

<i>Avtor, letnica / Author, year</i>	<i>Tipologija raziskave / Research tipology</i>	<i>Cilj raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve / Main findings</i>
Chipps, et al., 2013	presečna kvantitativna raziskava	ugotoviti povezanost demografskih spremenljivk in čustvene izčrpanosti z doživljanjem nasilja na delovnem mestu ter preveriti povezanost nasilja z varnostjo pacientov	167 zaposlenih v operacijski zdravstveni negi in ostalo negovalno osebje v operativni dejavnosti v dveh univerzitetnih kliničnih centrih	O nasilju nad sodelavci je poročalo 59 % udeležencev, najpogostejša oblika je bila ignoriranje (28 %). Z doživljanjem nasilja so bile povezane etnična pripadnost, čustvena izčrpanost, geografska pozicija bolnišnic. Varnost pacientov z doživljanjem nasilja ni bila povezana.
Cochran & Elder, 2015	kvalitativna raziskava s tehniko polstrukturiranih intervjujev, metodologija osnovane (grounded) teorije	razviti enotni konceptualni model posledic motečega vedenja kirurgov in ugotoviti strategije, ki jih zaposleni v operativni dejavnosti uporabljajo za reševanje težav	19 zaposlenih iz različnih poklicnih skupin v operativni dejavnosti ene institucije	Nasilno vedenje se je dopuščalo zaradi navidezne moči kirurga, možnosti velikega zaslužka za institucijo in systemskega priznavanja moči. Najpogosteje sta bila opisana verbalno nasilje in metanje predmetov, preusmerila se je pozornost od pacienta h kirurgu, povečalo se je število napak.
Coe & Gould, 2008	kvantitativna raziskava z vprašalnikom	ugotoviti odnos med poklicnimi skupinami v operativni dejavnosti in pogostost agresivnega vedenja na nacionalni ravni	391 zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, kirurgov, anesteziologov v operativni dejavnosti, ki so bili člani nacionalne organizacije »National Health Service operating departments«	O agresivnem vedenju »konziliarnih« kirurgov je poročalo 53,4 % udeležencev. Izraženo je bilo nestrinjanje med njimi in medicinskimi sestrami o dnevni opravih, razumevanju profesionalnih vlog in ciljev pri obravnavi pacientov. Rezultati raziskave se med geografskimi področji niso razlikovali.
Gostlow, et al., 2018	retrospektivna analiza videoposnetkov o simulaciji nadlegovanja v operacijski dvorani; za kategorizacijo je bila uporabljena tematska analiza	ugotoviti, kako se kirurgi z različno ravni izkušnje odzovejo na primere simuliranega nadlegovanja	50 primerov simuliranega nadlegovanja	Specializanti kirurgije so se na simulirano nadlegovanje aktivneje odzvali kot njihovi starejši kolegi, odziv je bil odvisen tudi od vrste simuliranega nadlegovanja. V 52 % je bil odziv na simulirano nadlegovanje aktiven, v 30 % na dejanje ni bilo odzivov.
Higgins & MacIntosh, 2010	kvalitativna raziskava s tehniko odprtega, individualnega intervjuja, za kodiranje je bila uporabljena Boyatzisova metoda	razumeti, kako nasilje zdravnika vpliva na zdravje žrtev in na njihovo zmožnost zagotavljanja zdravstvene oskrbe pacientom	10 žensk, zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, ki so že doživele zlorabo zdravnika; zaposlene so bile v devetih zdravstvenih ustanovah, na različnih kirurških področjih	Na zlorabo so vplivali kultura v operacijskih dvoranah, stališča in izkušnje žrtev ter medosebni odnosi med zdravniki. Posledice so bile psihološke, fizične, socialne, izpostavljena je bila varnost pacientov. Predlagano je bilo izobraževanje iz prepoznavanja nasilja in krepitev medpoklicnega sodelovanja.
Kamchuchat, et al., 2008	kvantitativna in kvalitativna raziskava z vprašalnikom in intervjujem	raziskati značilnosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi	545 zaposlenih v zdravstveni negi v splošni bolnišnici	Delo na travmatoloških, kirurških, urgentnih oddelkih in operacijskih dvoranah je možnost pojava nasilja povečalo za 80 %. Izobraževanje o nasilju je zmanjšalo verjetnost postati žrtev za 40 %.

Se nadaljuje / Continues

<i>Avtor, letnica / Author, year</i>	<i>Tipologija raziskave / Research tipology</i>	<i>Cilj raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve / Main findings</i>
Lay-Teng, et al., 2010	prospektivna kvantitativna raziskava v dveh fazah z vprašalnikom	določiti obseg verbalnega nasilja v operativni dejavnosti in evalvirati njegov obseg eno leto po implementaciji programa s postopki ravnanja ob pojavu nasilnega vedenja	Leta 2006 je vprašalnik izpolnilo 172 zaposlenih v »Major Operating Theatre and Day Surgery Unit« – zdravniki, medicinske sestre, podporno osebje v operativni dejavnosti, leta 2007 pa 122 udeležencev.	V primerjavi med letoma 2006 in 2007 je verbalno nasilje upadlo za 8,3 %.
Ling, et al., 2016	kvantitativna raziskava s spletnim vprašalnikom »Negative Acts Questionnaire (NAQ-R)«	ugotoviti obseg in naravo nasilja na delovnem mestu med pripravniki splošne kirurgije in »konziliarnimi« kirurji	370 pripravnikov splošne kirurgije in »konziliarnih« kirurgov, od tega 152 pripravnikov splošne kirurgije	47 % anketirancev je poročalo, da so bili žrtve nasilja, 68 % jih je v zadnjem letu bilo priča ustrahovanju kirurških kolegov. Prepoznani sta bili ignoranca in izpostavljanje neobvladljivi delovni obremenitvi. 18 % žrtev je vložilo uradno pritožbo.
Maddineshat, et al., 2017	kvantitativna presečna raziskava s prevedenim, prirejenim in validiranim vprašalnikom	raziskati razširjenost in posledice motečega vedenja za člane zdravstvenega tima, odziv zdravstvenega sistema na takšno vedenje ter opredeliti dejavnike, ki vplivajo na nastanek in pojav konfliktov	144 zdravnikov in medicinskih sester v operacijskih dvoranh štirih akademskih bolnišnic z različnimi specialnostmi	Udeleženi so poročali o motnjah vedenja v 82,95 %. Moteče vedenje je doživelo 39 % zdravnikov in 21 % medicinskih sester. Strah pred maščevanjem (8 %), pomanjkanje sprememb (43,8 %), varnosti (18,1 %) in odnos organizacije (14,6 %) so bili prepoznani kot dejavniki, povezani z nesporočanjem o takem vedenju.
Malliarou, et al., 2016	kvantitativna raziskava s spletnim vprašalnikom s prirejenima lestvicama »Verbal Abuse Scale« in »Verbal Abuse Survey«	opredeliti problem verbalnega nasilja v operativni dejavnosti v Grčiji in ugotoviti njegove vzroke	65 zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, članic nacionalne organizacije <i>Greek Operating Room Nurses Association</i>	92,4 % anketiranih je doživelo verbalno nasilje na delovnem mestu, najpogosteje je bil izvajalec nasilja zdravnik, najpogostejši odziv na nasilje pa jeza, gnus, žalost in šok.
ORC International, 2015	kvantitativna raziskava z vprašalnikom, ki ga je bilo moč izpolniti v tiskani obliki ali kot spletni vprašalnik	ugotoviti obseg in naravo izkušenj z diskriminacijo, ustrahovanjem ter spolnim nadlegovanjem v operativni dejavnosti; preučiti odzive ter predlagati rešitve za preprečevanje takšnih dejanj	117 bolnišnic, v katerih se je izvajalo usposabljanje kirurgov, in bolnišnice s 100 ali več posteljami, v katerih se je izvajala operativna dejavnost	Bolnišnice so v 71 % potrdile primere diskriminacije, ustrahovanja ali spolnega nadlegovanja, ki so jih v zadnjih petih letih povzročili kirurji. 64 % vseh bolnišnic je prevzelo pobudo za kulturno-organizacijske spremembe.
Park, et al., 2015	kvantitativna presečna raziskava z II. verzijo vprašalnika »Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II)«	ugotoviti razširjenost in identificirati storilce nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi, raziskati povezavo med delovnimi nalogami, zaupanjem, doživljanjem pravičnosti in nasiljem na delovnem mestu	970 zaposlenih v zdravstveni negi ženskega spola, v 47 enotah zdravstvene nege v univerzitetni bolnišnici v Seulu, vključujoč tudi operacijske dvorane	Doživljanje verbalnega nasilja v zadnjem letu je izrazilo 63,8 % anketiranih, grožnje z nasiljem 41,6 %, fizično nasilje 22,3 % in spolno nasilje 19,7 % anketiranih. Slednje je bilo najbolj razširjeno v operacijskih dvoranh. Z delom bolj obremenjene zaposlene so bile pogosteje izpostavljene nasilju.

<i>Avtor, letnica / Author, year</i>	<i>Tipologija raziskave / Research tipology</i>	<i>Cilj raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve / Main findings</i>
Reyka, 2015	kvalitativna raziskava s fokusno skupino in kvantitativna presečna raziskava z vprašalnikom, razvitim na podlagi diskusije in vprašalnikov »The Nursing Stress Scale, The Ways of Coping Questionnaire in The Index of Work Satisfaction«	raziskati, ali je moteče vedenje v operativni dejavnosti stresni faktor, povezan z zadovoljstvom zaposlenih v operacijski zdravstveni negi in njihovo fluktuacijo	6 zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v bolnišnici v fokusni skupini in 45 zaposlenih v operacijski zdravstveni negi iz iste in še štirih drugih bolnišnic	Moteče vedenje v operativni dejavnosti je bil stresni faktor, povezan z zadovoljstvom zaposlenih v operacijski zdravstveni negi in tudi z njihovo fluktuacijo.
Roh & Yoo, 2012	kvantitativna raziskava z vprašalnikom	ugotoviti pogostost prijavljenega nasilja, stresa in namena fluktuacije v operacijski zdravstveni negi	162 zaposlenih v operacijski zdravstveni negi	Najpogostejši izvajalci nasilja so bili kirurgi operaterji, glavni vzroki za to napaka, primanjkljaj kirurške opreme, neupoštevanje kirurgove preference in nepredvidljive situacije. O verbalnem nasilju zaposlenih v operacijski zdravstveni negi je poročalo 87,7 % udeležencev.
Saxton, 2012	kvantitativna <i>follow up</i> raziskava (pred izvedbo, takoj po izvedbi in štiri tedne po izvedbi programa)	razviti, izvajati in evalvirati program komunikacijskih veščin, katerega namen je povečati samoučinkovitost pri ravnanju zaposlenih v operacijski zdravstveni negi pri obravnavanju motečega vedenja zdravnikov	priložnostni vzorec, 17 zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, in jim je bil neposreden stik z zdravniki v delovnem okolju rutina	Povečala se je samoučinkovitost pri ravnanju takoj po intervenciji in po štirih tednih po izvedbi programa. Udeleženci so štiri tedne po izvedbi programa poročali o svoji sposobnosti, da v 71 % časa učinkovito obvladujejo moteče vedenje zdravnikov.
Smith, 2011	kvantitativna raziskava s spletnim vprašalnikom »Workplace Bullying Inventory«	preučiti morebitne negativne učinke nasilja v operacijski zdravstveni negi na izid zdravstvene obravnave pri pacientu	853 zaposlenih v operacijski zdravstveni negi	Najpogostejši nasilneži so bili zdravniki (36,9 %), sledili so jim zaposleni v operacijski zdravstveni negi (32,7 %). Z izidi zdravstvene obravnave sta bili povezani organizacijska vloga in posledice nasilja.
Tame, 2012	kvalitativna raziskava s tehniko intervjuja	ugotoviti, ali obstaja povezava med izobrazbo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi in horizontalnim nasiljem v operativni dejavnosti	23 zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v splošni bolnišnici	Ugotovljena je bila povezanost med kulturo na delovnem mestu in interprofesionalnim konfliktom. Slednji je bil povezan s horizontalnim nasiljem, to pa je vplivalo na psihološko počutje udeležencev.
Tekin & Bulut, 2014	kvantitativna raziskava z vprašalnikom	ugotoviti izpostavljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi verbalnemu, psihičnemu in spolnemu nasilju	380 zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v 32 bolnišnicah	Verbalnemu nasilju zdravnikov je bilo izpostavljenih 84,5 %, fizičnemu 25,5 % in spolnemu 32,6 % udeležencev. Z višanjem izobrazbe se je višalo tudi zaznavanje nasilja.
Villafranca, et al., 2017	pregled literature	povzeti trenutno obstoječo literaturo o motečem vedenju v operativni dejavnosti	pregled prispevkov v Medline, Scopus in Google books	Kirurgi in zaposleni v operacijski zdravstveni negi so bili prepoznani kot najpogostejši izvajalci nasilja, posledice so nosili pacienti, zaposleni, študenti in organizacija.

Tabela 3: Razpored kod po kategorijah
Table 3: Codes by categories

<i>Kode / Codes (n = 66)</i>	<i>Avtor / Author</i>
<p>Kategorija 1: <i>Povzročitelji in nivoji nasilja</i></p> <p>vertikalno nasilje – horizontalno (lateralno) nasilje – kirurg – zaposleni v operacijski zdravstveni negi</p>	<p>Coe & Gould, 2008; Smith, 2011; Roh & Yoo, 2012; Tame, 2012; Bambi, et al., 2014; Asik, et al., 2015; Best Practice Australia, 2015; Cochran & Elder, 2015; ORC International, 2015; Ling, et al., 2016; Malliarou, et al., 2016; Gostlow, et al., 2018; Villafranca, et al., 2017</p>
<p>Kategorija 2: <i>Vrste (tipi) nasilja</i></p> <p>verbalno nasilje – fizično nasilje – ignoriranje – ustrahovanje – izpostavljanje neobvladljivim delovnim obremenitvam – diskriminacija – spolno nadlegovanje – nasilje nad predmeti</p>	<p>Kamchuchat, et al., 2008; Lay-Teng, et al., 2010; Roh & Yoo, 2012; Chipps, et al., 2013; Bambi, et al., 2014; Tekin & Bulut, 2014; Asik, et al., 2015; Best Practice Australia, 2015; Cochran & Elder, 2015; ORC International, 2015; Park, et al., 2015; Ling, et al., 2016; Malliarou, et al., 2016</p>
<p>Kategorija 3: <i>Neposredni vzroki za pojav nasilja v operacijski dvorani</i></p> <p>nepredvidljive situacije – daljše trajanje operativnega posega – prekratki odmori – fiziološko stanje – neznani člani operativne ekipe – preveliko število ljudi v natrpanem prostoru – primanjkljaj kirurških instrumentov in različne opreme – okvara kirurških instrumentov in različne opreme – neupoštevanje kirurgove preference – nestrinjanje o dnevnem razporedu – pomanjkanje razumevanja o profesionalnih vlogah – različno postavljene cilji pri obravnavi pacienta</p>	<p>Coe & Gould, 2008; Roh & Yoo, 2012; Cochran & Elder, 2015; Villafranca, et al., 2017</p>
<p>Kategorija 4: <i>Dejavniki, povezani s pojavom in prepoznavnostjo nasilja</i></p> <p>osebne značilnosti – starost – spol – etnična pripadnost – izkušnje na delovnem mestu – izobrazba – stališča zaposlenih – nizek nivo znanja o nasilju – povečana delovna obremenitev – čustvena izčrpanost – stopnja hierarhije – medosebni odnosi – namišljena moč kirurga – finančni doprinos kirurga za zdravstveno organizacijo – kultura v operacijskih dvoranah – premajhna organizacijska podpora – nesporočanje o nasilnih dogodkih – neodzivnost pristojnih ob sporočanju nasilja – geografska pozicija zdravstvene organizacije</p>	<p>Higgins & MacIntosh, 2010; Tame, 2012; Chipps, et al., 2013; Tekin & Bulut, 2014; Best Practice Australia, 2015; Cochran & Elder, 2015; Park, et al., 2015; Ling, et al., 2016; Gostlow, et al., 2018; Maddineshat, et al., 2017; Villafranca, et al., 2017</p>
<p>Kategorija 5: <i>Posledice nasilja</i></p> <p>zmanjšana varnost pacienta – preusmerjanje pozornosti – povečano število napak – izogibanje izvajalcem nasilja – absentizem – fluktuacija zaposlenih – manjše zadovoljstvo na delovnem mestu – manjša produktivnost – psihološke, fizične in socialne motnje med žrtvami – zmanjšanje spoštovanja do izvajalcev nasilja – finančni vpliv na organizacijo – manjša učinkovitost organizacije – manjša stopnja pripadnosti organizaciji – kršitev zakonskih določil</p>	<p>Kamchuchat, et al., 2008; Higgins & MacIntosh, 2010; Smith, 2011; Roh & Yoo, 2012; Tame, 2012; Chipps, et al., 2013; Bambi, et al., 2014; Cochran & Elder, 2015; Reyka, 2015; Malliarou, et al., 2016; Villafranca, et al., 2017</p>
<p>Kategorija 6: <i>Individualni in sistemski organizacijski ukrepi za obvladovanje posledic nasilja</i></p> <p>pogovor s člani zdravstvenega tima – opozarjanje na pojav nasilja – izobraževanje o prepoznavanju nasilja – izobraževanje o komunikaciji – mentorstvo – medpoklicno sodelovanje – ustvarjanje drugačne organizacijske kulture – izvajanje politike ničelne tolerance do nasilja – odgovornost za ukrepanje</p>	<p>Kamchuchat, et al., 2008; Higgins & MacIntosh, 2010; Lay-Teng, et al., 2010; Saxton, 2012; Asik, et al., 2015; Cochran & Elder, 2015; ORC International, 2015; Malliarou, et al., 2016; Villafranca, et al., 2017</p>

Identificirali smo 66 kod, ki smo jih združili v šest vsebinskih kategorij: (1) povzročitelji in nivoji nasilja, (2) vrste (tipi) nasilja, (3) neposredni vzroki za pojav nasilja v operacijski dvorani, (4) dejavniki, povezani s pojavom in prepoznavnostjo nasilja, (5) posledice nasilja ter (6) individualni in sistemski organizacijski ukrepi za obvladovanje posledic nasilja (Tabela 3).

Kategorija 1: Povzročitelji in nivoji nasilja

Nasilje v operativni dejavnosti se dogaja vertikalno, torej na različnih hierarhičnih ravneh, in horizontalno oziroma lateralno. Coe in Gould (2008), Malliarou in sodelavci (2016) ter Villafranca in sodelavci (2017) poročajo o kirurgih kot o najpogostejših povzročiteljih

nasilnega vedenja v tej dejavnosti. V svojih raziskavah horizontalno nasilje med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi prepoznavajo Smith (2011), Roh in Yoo (2012), Tame (2012), Bambi in sodelavci (2014) ter Villafranca in sodelavci (2017). Roh in Yoo (2012) pravita, da je prisotno verbalno nasilje med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi, ki ga najpogosteje izvajajo starejši zaposleni. Tame (2012) je kot razlog horizontalnega nasilja v tej specifični dejavnosti zdravstvene nege navedla medosebne konflikte. Tudi kirurgi so izpostavljeni horizontalnemu nasilju, prav tako so tudi sami nasilni do svojih kolegov (Asik, et al., 2015; Best Practice Australia, 2015; ORC International, 2015; Ling, et al., 2016; Gostlow, et al., 2018).

Kategorija 2: Vrste (tipi) nasilja

Nasilje je največkrat verbalno (Kamchuchat, et al., 2010; Lay-Teng, et al., 2010; 2008; Roh & Yoo, 2012; Bambi, et al., 2014; Tekin & Bulut, 2014; Asik, et al., 2015; Cochran & Elder, 2015; Malliarou, et al., 2016), manifestira se kot uporaba neprimernih besed, kričanje in vpitje. Park in sodelavci (2015) navajajo še, da je spolno nadlegovanje in ustrahovanje v operativni dejavnosti bolj razširjeno kot v drugih zdravstvenih enotah. Da je tovrstno nasilje izvajano znotraj poklicne skupine kirurgov, je bilo ugotovljeno v dveh raziskavah (Best Practice Australia, 2015; ORC International, 2015). Cochran in Elder (2015) ter Asik in sodelavci (2015) odkrivajo še, da je bilo pri motečem vedenju kirurgov ob verbalnem nasilju velikokrat opisano tudi metanje predmetov oziroma ciljanje različnih objektov. Kot najpogostejši obliki nasilja znotraj poklicne skupine kirurgov sta bila prepoznana ignoriranje in izpostavljanje neobvladljivi delovni obremenitvi (Chippes, et al., 2013; Ling, et al., 2016).

Kategorija 3: Neposredni vzroki za pojav nasilja v operacijski dvorani

Coe in Gould (2008) kot neposredne vzroke za pojav nasilja v operativni dejavnosti navajata nestrinjanje med poklicnimi skupinami, izpostavljata predvsem nestrinjanje o razporedu dnevnih opravil, pomanjkanje razumevanja profesionalne vloge in različno postavljene cilje pri zdravstveni oskrbi pacienta. Kot pravita Roh in Yoo (2012), je vzrok za nasilnost kirurga lahko tudi neupoštevanje njegove želje in primanjkljaj ali okvara kirurških instrumentov in medicinske opreme. Največkrat nasilje izbruhne v primerih, ko operativni poseg ne poteka po načrtih in pri sodelovanju z novimi člani ekipe (Cochran & Elder, 2015). Povod nasilja so lahko tudi trajanje operativnega posega, prekratki odmori med operativnimi posegi, fiziološko stanje (lakota, izčrpanost) in preveliko število osebja v natrpanih prostorih (Villafranca et al., 2017).

Kategorija 4: Dejavniki, povezani s pojavom in prepoznavnostjo nasilja

S pojavom in prepoznavnostjo nasilja v operativni dejavnosti so povezane nekatere demografske spremenljivke. Chipps in sodelavci (2013) ter Gostlow in sodelavci (2018) navajajo spol, starost, delovno dobo ter etnično pripadnost. Villafranca in sodelavci (2017) kot dejavnike, ki lahko vplivajo na pojav nasilja, izpostavljajo osebnostne značilnosti in psihično stanje nasilnežev. Higgins in MacIntosh (2010) in Tame (2012) dojemanje nasilja kirurgov povezujejo s hierarhijo v operacijskih dvoranah in medosebnimi odnosi, v procesu prepoznavanja nasilja se jim zdijo pomembna stališča in izkušnje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi. Chipps in sodelavci (2013) ter Park in sodelavci (2015) menijo, da je čustvena izčrpanost in delovna obremenitev tista, ki je povezana z doživljanjem nasilja. Telkin in Bulut (2014) opozarjata še na vpliv izobrazbe in izobraževanja s tega področja. Cochran in Elder (2015) vidita sistemski vzrok v dopuščanju takšnega vedenja v namišljeni moči kirurga, možnosti velikega zaslужka za zdravstveno ustanovo in usmerjanju nasilja na najbolj nemočne zaposlene. Best Practice Australia (2015) in ORC International (2015) so opozorili na problem sporočanja o takšnem vedenju prek formalnih in neformalnih kanalov. Ling in sodelavci (2016) ter Maddineshat in sodelavci (2017) vidijo glavni razlog za nesporočanje v pomanjkanju sprememb in neodzivnosti pristojnih.

Kategorija 5: Posledice nasilja

Kamchuchat in sodelavci (2008), Higgins in MacIntosh (2010), Tame (2012) in Bambi in sodelavci (2014) navajajo slabe odnose s kolegi in družinskimi člani, Reyka (2015) posledice nasilja povezuje z zadovoljstvom zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, Malliarou in sodelavci (2016) izpostavljajo spremenjen odnos žrtev do nasilnežev. Številni avtorji dokazujejo tudi povezavo nasilja na delovnem mestu z absentizmom in fluktuacijo osebja v operativni dejavnosti (Roh & Yoo, 2012; Bambi, et al., 2014; Cochran & Elder, 2015; Reyka, 2015; Villafranca, et al., 2017). Cochran in Elder (2015) sta kot posledico, ki je v praksi velikokrat izvedena, izpostavili izogibanje izvajalcem nasilja. Smith (2011) je v doktorski disertaciji ugotovil, da so izidi zdravstvene obravnave statistično značilno povezani s posledicami nasilja v operacijskih dvoranah. Kot kazalniki izidov zdravstvene obravnave so bili v raziskavi med zaposlenimi v operacijski zdravstveni negi opredeljeni podatki o pojavnosti operativnega posega pri napačnem pacientu, izvedbe operativnega posega na napačni strani, izvedbe napačnega operativnega posega, v pacientovem telesu pozabljenem instrumentu in smrti pacienta. Prav nasprotno pa Villafranca in sodelavci (2017) opozarjajo,

da povezanost nasilnega vedenja s pacientovo varnostjo ni znanstveno dokazana in je le odraz percepcije zaposlenih v zdravstvenih ustanovah. Tudi Chipps in sodelavci (2013) so v svoji raziskavi med osebjem, zaposlenim v operacijski zdravstveni negi, ugotovili, da varnost pacienta z doživljanjem nasilja ni bila povezana. Ob pojavu nasilja med delovnim procesom se preusmeri pozornost od pacienta k izvajalcu nasilja (Cochran & Elder, 2015). Isti avtorici dodajata, da takšno vedenje vodi do možnosti povečanja napak med operativnim posegom in zmanjšanja spoštovanja drugih članov tima do kirurgov, ter zaključujeta, da ima močan negativen vpliv na delovno okolje in pacientovo varnost. Villafranca in sodelavci (2017) izpostavljajo še manjšo pripadnost organizaciji, njeno manjšo učinkovitost in kršitev zakonskih določil.

Kategorija 6: Individualni in sistemski organizacijski ukrepi za obvladovanje posledic nasilja

Villafranca in sodelavci (2017) menijo, da je nasilno vedenje del kulture v operacijskih dvoranah, zato bi bilo nujno ustvariti drugačno organizacijsko kulturo. Nujno je usposabljanje in izobraževanje vodstvenih delavcev, da bodo ob sporočanju neprijetnih dogodkov znali profesionalno ravnati (ORC International, 2015). Kamchuchat in sodelavci (2008) in Cochran in Elder (2015) so prepričani, da lahko izobraževanje o nasilju, njegovem prepoznavanju, preprečevanju in obvladovanju, pripomore k zmanjšanju verjetnosti postati žrtev. Pomanjkanje znanja o prepoznavanju nasilja je namreč opisano pri vseh poklicnih skupinah, ki sodelujejo v operativni dejavnosti (Higgins & MacIntosh, 2010; Saxton, 2012; Asik, et al., 2015; ORC International, 2015; Malliarou, et al., 2016). Asik in sodelavci (2015) ugotavljajo, da obstaja potreba po novih izobraževalnih strategijah v medicinski etiki, da bi tako zmanjšali neprimerno in nasilno vedenje med zdravniki v operativni dejavnosti. Higgins in MacIntosh (2010) vidita vpliv izvajalcev zdravstvene nege pri mentorstvu novozaposlenim. Razvitih in implementiranih je bilo tudi nekaj učinkovitih izobraževalnih programov za prepoznavanje in obvladovanje nasilja (Lay-Teng, et al., 2010; Saxton, 2012).

Diskusija

Na področju nasilja v operativni dejavnosti ni narejenih veliko raziskav, rezultati obstoječih pa so pokazali na njegovo široko pojavnost tako na vertikalnem kot horizontalnem nivoju (Coe & Gould, 2008; Roh & Yoo, 2012; Saxton, 2012; Chips, et al., 2013; Bambi, et al., 2014; Tekin & Bulut, 2014; Asik, et al., 2015; Best Practice Australia, 2015; ORC International, 2015; Park, et al., 2015; Ling, et al., 2016; Malliarou, et al., 2016; Maddineshat, et al., 2017). Villafranca in sodelavci (2017) so pri pregledu literature s tega področja ugotovili, da je veliko obstoječih raziskav

izvedenih na vzorcu zaposlenih izven operacijskih dvoran, opozarjajo tudi na metodološke omejitve izvedenih raziskav, veliko prispevkov je narejenih na podlagi mnenj in dojemanj.

Goettler in sodelavci (2011) opozarjajo, da je pri navedbah o povzročiteljih nasilja vendarle treba biti previden, saj moramo upoštevati variabilnost dojemanja nasilnosti in njeno kulturno pogojenost. Nasilje je največkrat verbalno, fizično nasilje in spolno nadlegovanje pa je v tem delovnem okolju manj pogosto (Galandiuk, 2013), čeprav je tudi prisotno (Best Practice Australia, 2015; ORC International, 2015). Raziskave opozarjajo na horizontalno nasilje, ki ga Kirchner (2009), Dimarino (2011) ter Bambi in sodelavci (2014) opredeljujejo kot grdo, neutemeljeno, agresivno vedenje med sodelavci, ki delajo na primerljivih organizacijskih ravneh. Barrett in sodelavci (2009) menijo, da ignoriranje horizontalnega nasilja ni sprejemljivo, odgovornost za njegovo prepoznavanje in preprečevanje mora sprejeti menedžment zdravstvene organizacije, prepoznati ga morajo znati vsi zaposleni in sprejeti ustrezne učinkovite ukrepe, saj vpliva na absentizem, fluktuacijo, zmanjšano produktivnost in nižjo kakovost oskrbe pacientov (Bloom, 2014). Pojav horizontalnega nasilja v operacijski zdravstveni negi ni redek (Walrath, et al., 2010), glavni vzrok za njegovo pojavnost je stres zaradi opravljanja operativnih posegov, pomanjkanje izkušenega osebja, visoke delovne zahteve in nenazadnje prostorska izolacija, ki omogoča lažje prikrivanje takšnega vedenja (Bigony, et al., 2009). Littlejohn (2012) in Philippon (2016) opozarjata, da je obstoj horizontalnega nasilja v zdravstveni negi že preveč na splošno sprejeto dejstvo, kar ne koristi razvoju profesije in vpliva na varnost pacienta. Prav tako je horizontalno nasilje prisotno med kirurgi (Lazarus, 2016). Crebbin in sodelavci (2015) menijo, da je treba to problematiko v kirurgiji obravnavati prednostno, pri implementaciji sprememb bo treba vključiti kulturne spremembe in izobraževanje na vseh ravneh poklicne skupine in kot pravi Ferguson (2015), bodo profesionalna telesa in zaposleni morali prevzeti odgovornost za pravilne odločitve v tej smeri. Dull in Fox (2010) opozarjata tudi na nejasnost opredelitve o tem, kdaj je vedenje v operacijskih dvoranah neprimerno, in zaključujeta, da tradicionalni načini obravnavanja neprimernega vedenja morda niso več učinkoviti.

Joginder in sodelavci (2015) opozarjajo, da kadrovska podhranjenost v tej zdravstveni dejavnosti pogosto povzroči čezmerno delo, kar lahko vodi do depresije zaradi stresa in premalo spanca. Isti avtorji ter Villafranca in sodelavci (2017) kot glavne vzroke za nasilno vedenje kirurgov navajajo nezaupanje vase, občutke krivde, pretirane občutke lastne pomembnosti, narcizem, perfekcionizem, kompulzivnost, nepripravljenost zmanjšati standard oskrbe za pacienta ter neupoštevanje navodil in smernic za delovanje, kar tej poklicni skupini zmanjšuje avtonomnost. Joginder in sodelavci

(2015) so pri opredeljevanju profesionalnega odnosa med anesteziologi in kirurgi prišli do spoznanja, da je nesoglasje pri sodelovanju dveh visoko izobraženih zdravnikov različnih specializacij v tako stresnem okolju, kot so operacijske dvorane, pogost pojav, saj ima vsak posameznik svoj način razmišljanja, različne vrednote in prepričanja ter se drugače odziva v različnih situacijah.

Izboljšati bi bilo treba proces sporočanja o neprimernem vedenju in vzpostaviti sistem podpore žrtvam nasilja. V raziskavah med kirurgi v Avstraliji (Best Practice Australia, 2015; ORC International, 2015) je bilo namreč ugotovljeno, da bi, po mnenju udeležencev, formalno poročanje lahko škodovalo njihovi karieri. Robida (2012) pravi, da je edini namen sporočanja odklonov izboljševanje izidov za pacienta in preprečevanje napak. Prav poročanje o takšnih dogodkih in ustvarjanje zavedanja, da je to pomembno, je bistvenega pomena pri ustvarjanju kulture spoštovanja v delovnem okolju, v katerem ni prostora za nespoštljivo vedenje in strogo hierarhične strukture (Spruce, 2014). Znotraj zdravstvenih institucij je treba razviti sistem, ki bo kulturo sporočanja neprimernega vedenja zaposlenih vzpodbujal in ne bo izpostavljал tistih, ki dogodek sporočijo (Bourdon, 2015).

Posledice izvajanja različnih vrst nasilja so številne, psihične, fizične in socialne. Elmlblad in sodelavci (2014) so pri raziskovanju pojava nasilja med medicinskimi sestrami pri anesteziji ugotovili statistično značilno povezanost z izgorelostjo na delovnem mestu. Neprimerno vedenje na delovnem mestu niža kakovost zdravstvenega varstva in kulturo varnosti, zmanjšuje moralo zaposlenih in njihovo produktivnost, povečuje stroške zdravstvenega varstva in tveganje sodnih postopkov (Vessey, et al., 2009; Higgins & MacIntosh, 2010; Berry, et al., 2012; Reiter, et al., 2012; Galandiuk & Bilchuk, 2015). Izogibanje izvajalcem nasilja lahko vodi do nezadostne komunikacije in s tem vpliva na varnost pacienta (Moreland, 2010).

Villafranca in sodelavci (2017) menijo, da je nasilno vedenje del kulture v operacijskih dvoranah, da pa pomembne korektivne ukrepe lahko sprejmejo že posamezniki s spremembo svojega vedenja. A za obvladovanje tako kompleksnega pojava je potrebno ustvarjanje drugačne organizacijske kulture, delovati bi morali preventivno, ustrezne intervencije bi morale biti izvedene, preden se težave pojavijo. Hall in Tobias (2016) menita, da bi zdravstvene organizacije morale imeti mehanizme za obravnavo zaposlenih, ki so ponavljajoči se storilci nasilnih dejanj. Zaposleni v zdravstveni negi bi se morali več izobraževati o komunikaciji in se naučiti, kako plodno medpoklicno sodelovati (Frederick, 2014). Ne smemo namreč pozabiti, da je timsko delo tisto, ki je ključni element ustvarjanja varnostne kulture. Konflikti so normalen pojav, saj, kot pravijo Joginder in sodelavci (2015), od dveh posameznikov ali skupine ni mogoče pričakovati, da se bodo vedno strinjali o vsem. Avtorji nadaljujejo,

da so konflikti v delovnem okolju neizogibni, in tako je ključnega pomena učenje, da jih obravnavamo na zdrav način.

Raziskave, ki smo jih analizirali, so težko primerljive zaradi geografsko pogojene drugačne kulture in kompleksnosti operativne dejavnosti, ki se je izvajala v posameznih zdravstvenih organizacijah. Tudi populacija v raziskavah je bila različna – od posameznih poklicnih skupin, celotnega tima v operativni dejavnosti do skupine zaposlenih na različnih področjih zdravstvene nege. Geografsko je bila pogojena tudi izobrazbena struktura znotraj operacijske zdravstvene nege. Instrumenti za zajem podatkov so temeljili na raznolikih merskih lestvicah.

Priložnosti za nadaljnje raziskave vidimo v raziskavah, ki bi nasilje v operativni dejavnosti obravnavale tako, da bi s pomočjo sistematičnega stratificiranega vzorčenja zajeli vse poklicne skupine. Tako bi poleg ugotavljanja prisotnosti nasilja pridobili podatke o zavedanju in dojemanju nasilja v medpoklicnem timu, ki deluje v operativni dejavnosti in tudi znotraj posameznih poklicnih skupin. Tovrstne raziskave bi omogočile sistemsko ukrepanje tako na ravni izobraževanja zaposlenih za preprečevanje nasilja, sporočanja o nasilju, ukrepanja ob nasilju idr. Nikakor ne smemo spregledati, da pregled literature opozori na vlogo menedžmenta in vodij na vseh ravneh vodenja, ki morajo ustvariti organizacijsko kulturo, ki tovrstnih ravnanj ne dopušča.

Zaključek

Nasilje med različnimi poklicnimi skupinami v operativni dejavnosti se odvija na vertikalnem in horizontalnem nivoju, najpogostejši izvajalci motečega vedenja so kirurgi in zaposleni v operacijski zdravstveni negi. Največkrat je prisotno verbalno nasilje, redkeje je prepoznano spolno in fizično nasilje, dasiravno je pogosto izvajano nad različnimi predmeti. Neprimernemu vedenju v tej dejavnosti najpogosteje botrujejo osebne značilnosti nasilnežev in neposredno delovno okolje. Mislimo na prostorsko stisko, primanjkljaj ustreznih kadrovskih in materialnih resursov in samo naravo dela. Kot možen vzrok za nastanek konfliktov je treba izpostaviti tudi medpoklicno delovanje in s tem deljenje odgovornosti ter različne cilje posameznih poklicnih skupin pri zdravstveni obravnavi enega pacienta. Ne smemo pozabiti tudi na hierarhijo, ki je v operacijskih dvoranah še vedno močno izražena. Glavno odgovornost za spremembe in ukrepanje mora prevzeti vrhni del menedžmenta, pri tem mislimo na opozarjanje na primeren vedenjski vzorec, jasno je treba opredeliti primerno in neprimerno vedenje. Zaposleni v operativni dejavnosti nimajo ustreznih znanj za prepoznavanje in izvajanje korektivnih ukrepov pri pojavu agresivnega vedenja na delovnem mestu. Prav tako ne poznajo tehnik primerne reakcije pri tovrstnem vedenju, primanjkuje jim tudi komunikacijskih veščin.

Potrebna so dodatna znanja, izobraževanje o raznih oblikah nasilja in strategijah spoprijemanja z njimi. Mislimo na razne komunikacijske delavnice z različnimi interaktivnimi izobraževalnimi metodami, bistveno pri tem pa je, da izobraževalne procese vodijo strokovnjaki na tem področju, ki so usposobljeni udeležence voditi skozi celoten proces izgradnje odnosov v medpoklicnem timu in k učinkovitejšemu obvladovanju konfliktov na delovnem mestu.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

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

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je pod mentorstvom druge avtorice pripravila raziskovalni predlog, načrt raziskave, izvedbo raziskave in pisanje članka. Druga avtorica je sodelovala v vseh fazah raziskovalnega procesa kot odgovorna oseba za metodološko ustreznost raziskovalnega procesa in pri pisanju članka. / Under the mentorship of the second author the first author prepared a research proposal, a research plan, a research project and wrote the article. The second author participated in all stages of the research process as she was responsible for the methodology of the research process. She also participated in the writing of the article.

Literatura

Asik, A.H., Mayda, H., Bagcioglu, E. & Solak, O., 2015. Why do surgeons get angry, behave unkind and/or throw surgical tools around: frequency of violence during surgery training. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 25(1), p. 195.

Babnik, K., Štemberger-Kolnik, T. & Kopač, N., 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave "Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu": oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 147–156. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2012.46.2.147> [27. 04. 2018].

Bambi, S., Becattini, G., Domenico, G.G., Mezzetti, A., Guazzini, A. & Lumini, E., 2014. Lateral hostilities among nurses employed in intensive care units, emergency departments, operating rooms, and emergency medical services: a national survey in Italy. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(6), pp. 347–354.

<https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000077>

PMid:25280203

Barrett, A., Piateck, C., Korber, S. & Padula, C., 2009. Lessons learned from a lateral violence and team-building intervention. *Nursing Administration Quarterly*, 33(4), pp. 342–351.

<https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3181b9de0b>

PMid:19893449

Berry, P.A., Gillespie, G.L., Gates, D. & Schafer, J., 2012. Novice nurse productivity following workplace bullying. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), pp. 80–87.

<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01436.x>

PMid:22339938

Best Practice Australia, 2015. Summary of facts: research commissioned by the Expert Advisory Group Advising the Royal Australasian College of Surgeons. Available at: http://www.surgeons.org/media/22045682/PrevalenceSurvey_Summary-of-Facts_FINAL.pdf [30. 12. 2017].

Bigony, L., Lundberg, A. & Pagac, G. L., 2009. Lateral violence in the perioperative setting. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 89(4), pp. 688–700.

Bloom, E.M., 2014. *Horizontal violence among nurses: experiences, responses and job performance: doktorska disertacija*. University of Rhode Island, pp. 3–8. Available at:

<https://search.proquest.com/docview/1537051309?accountid=31008> [30. 12. 2017].

Bourdon, L., 2015. Eliminating lateral violence among perioperative nurses. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 101(5), p. 4.

Chipps, E., Stelmaschuk, S., Albert, N.M., Bernhard, L. & Holloman, C., 2013. Workplace bullying in the OR: results of a Descriptive Study. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 98(5), pp. 479–493.

Cochran, A. & Elder, W.B., 2014. A model of disruptive surgeon behavior in the perioperative environment. *Journal Of The American College of Surgeons*, 219(3), pp. 390–398.

<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.05.011>

PMid:25067803

Cochran, A., & Elder, W.B., 2015. Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *American Journal of Surgery*, 209(1), pp. 65–70.

<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.09.017>

PMid:25454961

Coe, R. & Gould, D., 2008. Disagreement and aggression in the operating theatre. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), pp. 609–618.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04544.x>

PMid:18302602

- Crebbin, W., Campbell, G., Hillis, D.A. & Watters, D.A., 2015. Prevalence of bullying, discrimination and sexual harassment in surgery in Australia. *ANZ Journal of Surgery*, 85(12), pp. 905–909. <https://doi.org/10.1111/ans.13363>
PMid:26510837
- Dimarino, T.J., 2011. Eliminating lateral violence in the ambulatory setting: one center's strategies. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 93(5), pp. 583–588.
- Dull, D.L. & Fox, L., 2010. Perception of intimidation in a perioperative setting. *American Journal of Medical Quality*, 25(2), pp. 87–94.
- Elmblad, R., Kodjebacheva, G. & Lebeck, L., 2014. Workplace incivility affecting CRNAs: a study of prevalence, severity and consequences with proposed interventions. *American Association of Nurse Anesthetists*, 82(6), pp. 437–445.
- Ferguson, C., 2015. Bullying in surgery. *The New Zealand Medical Journal*, 128(1424), pp. 7–9.
- Frederick, D., 2014. Bullying, mentoring and patient care. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 99(5), pp. 587–593.
- Galandiuk, S., 2013. Surgical behaviour. *British Journal Of Surgery*, 100(8), pp. 985–986. <https://doi.org/10.1002/bjs.9147>
PMid:23666801
- Galandiuk, S. & Bilchkuk, N., 2015. Reflection on surgical behaviour. *Surgical Practice*, 19(4), pp. 173–180. <https://doi.org/10.1111/1744-1633.12139>
- Girard, N.J., 2008. Perioperative grand rounds. Dealing with a »surgical personality«. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 88(3), pp. 479–520.
- Goettler, C., Butler, T.S., Shackelford, P. & Rotondo, M.F., 2011. Physician behavior: not ready for "never" land. *American Surgeon*, 77(12), pp. 1600–1605. PMid:22273216
- Gostlow, H., Vega, C.V., Marlow, N., Babidge, W. & Maddern, G., 2017. Do surgeons react: a retrospective analysis of surgeons' response to harassment of a colleague during simulated operating theatre scenarios. *Annals of Surgery*, 268(2), pp. 277–281. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002434>
PMid:28742690
- Hall, J. & Tobias, J. D., 2016. Operating room conflict resolution: Time to figure it out. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 10(1), pp. 4–5. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.169442>
PMid:26955302; PMCid:PMC4760040
- Higgins, B. & MacIntosh, J., 2010. Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 57(3), pp.321–327. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00767.x>
PMid:20796061
- Jacobs, G.B. & Wille, R.L., 2012. Consequences and potential problems of operating room outbursts and temper tantrums by surgeons. *Surgical Neurology International*, 3(4), pp. 167–171. <https://doi.org/10.4103/2152-7806.98577>
PMid:22905323; PMCid:PMC3422097
- Joginder, P.A., Gagandeep, K.S., Brij, M., Neeru, B., Kulwinder, S.S. & Lipsy, B., 2015. Conflicts in operating room: focus on causes and resolution. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 9(4), pp. 457–463. <https://doi.org/10.4103/1658-354X.159476>
PMid:26543468; PMCid:PMC4610095
- Kamchuchat, C., Chongsuvivatwong, V., Oncheunjit, S., Yip T.W. & Sangthong, R., 2008. Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *Journal of Occupational Health*, 50(2), pp. 201–207. <https://doi.org/10.1539/joh.O7001>
PMid:18403873
- Kerbič, A., 2013. *Nasilje nad zaposlenimi v nujni medicinski pomoči: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 4.
- Kirchner, B., 2009. Safety: addressing inappropriate behavior in the perioperative workplace. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 90(2), pp. 177–180.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi*, 2014. Uradni list RS, št. 52/14.
- Lay-Teng, O., Soon-Noi, C., Soh-Chin, T., Li-Charn, L., Chern, B. & Jacobson, A., 2010. Saying 'no' to verbal abuse in the operating theatre at a tertiary hospital. *Singapore Nursing Journal*, 37(4), pp. 38–42.
- Lazarus, J.L., Hosseini, M., Kamangar, F., Levien, D.H., Rowland, P.A., Kowdley, G.C., et al., 2016. Verbal aggressiveness among physicians and trainees. *Journal of Surgical Education*, 73(4), pp. 756–760. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.03.005>
PMid:27137669
- Ling, M., Young, C., Shepherd, H., Mak, C. & Saw, R., 2016. Workplace bullying in surgery. *World Journal of Surgery*, 40(11), pp. 2560–2566. <https://doi.org/10.1007/s00268-016-3642-7>
PMid:27624759
- Littlejohn, P., 2012. The missing link: using emotional intelligence to reduce workplace stress and workplace violence in our nursing and other health care professions. *Journal of Professional Nursing*, 28(6), pp. 360–368. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.04.006>
PMid:23158199

- Maddineshat, M., Hashemi, M. & Tabatabaeichehr, M., 2017. Evaluation of the disruptive behavior among treatment teams and its reflection on the therapy process of patients in the operating room: the impact of personal conflicts. *Journal Of Education and Health Promotion*, 6(1), p. 69. PMID:28852659; PMCID:PMC5561678
- Malliarou, M., Karathanasi, K., Sarafis, P., Prezerakos, P. & Koutelekos, J., 2016. Violence and aggression in operating room. *Occupational Medicine & Health Affairs*, 4(1), art. ID 226. <https://doi.org/10.4172/2329-6879.1000226>
- McNamara, S.A., 2012. Incivility in nursing: unsafe nurse, unsafe patients. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 95(4), pp. 535–540.
- Moreland, S.C., 2010. *Nurses' experiences with disruptive physician behavior: doktorska disertacija*. Capella University, pp. 84–89. Available at: <https://search.proquest.com/docview/763427440?accountid=31008> [02. 01. 2018].
- ORC International, 2015. Organisational culture and solutions survey: discrimination, bullying and sexual harassment in the practice of surgery. Available at: http://www.surgeons.org/media/22045691/OrganisationalSurvey_FINAL.pdf [30. 12. 2017].
- Park, M., Cho, S.H. & Hong, H.J., 2015. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), pp. 87–95. <https://doi.org/10.1111/jnu.12112> PMID:25352254
- Pfifferling, J. H., 2008. Physicians' "disruptive" behavior: consequences for medical quality and safety. *American Journal of Medical Quality*, 23, pp. 165–167. <https://doi.org/10.1177/1062860608315338> PMID:18539976
- Philippon, J., 2016. Hazardous intraoperative behaviors: what's at risk. *American Association of Nurse Anesthetists*, 84(3), pp. 155–156.
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2010. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins, pp. 172–184.
- Protokol obravnave trpinčenja, spolnega in drugega nadlegovanja na delovnem mestu ali v zvezi z delom nad zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi*, 2010. Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/protokol_obravnave_trpinčenja.pdf [27. 04. 2018].
- Protokol obravnave nasilnih dejanj nad zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi*, 2010. Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/protokol_obravnave_nasilnih_dejanj_nad_zaposlenimi.pdf [27. 04. 2018].
- Reiter, C.E., Pichert J.W., & Hickson, G.B., 2012. Addressing behavior and performance issues that threaten quality and patient safety: what your attorneys want you to know. *Progress in Pediatric Cardiology*, 33(1), pp. 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.ppedcard.2011.12.007>
- Reyka, M. E., 2015. *The impact of disruptive behavior on operating room nurse satisfaction: doktorska disertacija*. Indiana University of Pennsylvania, pp. 106–107. Available at: <https://search.proquest.com/docview/1681641492?accountid=31008.pdf> [30. 12. 2017].
- Robida, A., 2012. Odkloni, napake, kultura obtoževanja in pravična kultura. In: M, Bahun, Z. Kramar & B. Skela Savič, eds. *5. dnevi Angele Boškin: Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov: zbornik prispevkov. Kranjska Gora: 20.–21. september 2012*. Jesenice: Splošna bolnišnica: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 40–46.
- Robnik, S., 2012. Teoretski koncepti, družboslovne raziskave ter izzivi za izkoreninjenje pojava trpinčenja med in nad zaposlenimi v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 109–111. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2012.46.2.127> [30. 12. 2017].
- Roh, Y.H. & Yoo, Y.S., 2012. Workplace violence, stress, and turn over intention among perioperative nurses. *Korean Journal of Adult Nursing*, 24(5), pp. 489–498. <https://doi.org/10.7475/kjan.2012.24.5.489>
- Saxton, R., 2012. Communication skills training to address disruptive physician behavior. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 95(5), pp. 602–611.
- Smith, J., 2011. *Bullying in the nursing workplace: a study of perioperative nurses: doktorska disertacija*. University of Phoenix, pp. 101–102. Available at: <https://search.proquest.com/docview/907103858?accountid=31008.pdf> [30. 12. 2017].
- Spruce, L., 2014. Back to basics: speak up. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 99(3), pp. 407–415.
- Tame, S., 2012. The relationship between continuing professional education and horizontal violence in perioperative practice. *Journal of Perioperative Practice*, 22(7), pp. 220–225. <https://doi.org/10.1177/175045891202200702> PMID:22919766

Tekin, Y. & Bulut, H., 2014. Verbal, physical and sexual abuse status against operating room nurses in Turkey. *Sexuality & Disability*, 32(1), pp. 85–97.

<https://doi.org/10.1007/s11195-014-9339-7>

Vessey, J.A., Demarco, R. & DiFazio, R., 2010. Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: the state of the science. *Annual Review of Nursing Research*, 28, pp. 133–157.

<https://doi.org/10.1891/0739-6686.28.133>

PMid:21639026

Vessey, J.A., Demarco, R.F., Gaffney, D.A. & Budin, W.C., 2009. Bullying of staff registered nurses in the workplace: a preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), pp. 299–306.

<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.01.022>

PMid:19751935

Vičar, N., 2015. *Nasilje v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 9–10.

Villafranca, A., Hamlin, C., Enns, S. & Jacobsohn, E., 2017. Disruptive behaviour in the perioperative setting: a contemporary review. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 64(2), pp. 128–140.

<https://doi.org/10.1007/s12630-016-0784-x>

PMid:27900669; PMCID:PMC5222921

Walrath, J.M., Dang, D. & Nyberg, D., 2010. Hospital RN's experiences with disruptive behavior: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(2), pp. 105–116.

<https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181c7b58e>

PMid:19935429

Citirajte kot / Cite as:

Oblak, T. & Skela-Savič, B., 2018. Medpoklicno nasilje v operativni dejavnosti: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(3), pp. 186–200. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.3.214>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna navodila

Članek naj bo napisan v slovenskem ali angleškem knjižnem jeziku, razumljivo in jedrnato, dolg naj bo največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno zasnovane raziskave. Število besed se nanaša na besedilo članka in ne vključuje naslova, izvlečka, tabel, slik in seznama literature. Avtorji naj uporabijo Microsoft Wordovo predlogo, ki je dostopna na spletni strani uredništva. 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 mora le-ta biti podpisan s celotnim imenom in priimkom, treba je navesti strokovne naslove, akademske nazive avtorja in izvolitev v pedagoški ali raziskovalni naziv, v kolikor ga avtor ima. Če je članek napisan v angleškem jeziku, morajo biti v angleškem jeziku zapisani tudi strokovni naslovi, akademski nazivi in izvolitev v pedagoški ali raziskovalni naziv. Avtor mora pri oddaji članka dosledno upoštevati navodila glede standardizirane znanstvene opreme, videza in tipologije dokumentov ter navodila v zvezi z oddajo članka. Članek bo uvrščen v nadaljnjo obravnavo, ko bo pripravljen v skladu z navodili uredništva.

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

Naslov članka, izvleček, ključne besede, tabele (opisni naslov in legenda) ter slike (opisni naslov oz. podpis in legenda) morajo biti v slovenščini in angleščini, le-to velja tudi za angleško pisane članke, le da so v tem primeru našete 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.

Opredelitev tipologije

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

Metodološka struktura članka

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

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

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

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

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

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

Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

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

Uvod: V uvodu opredelimo raziskovalni problem, in sicer v kontekstu znanja in znanstvenih dokazov, v katerem smo ga razvili. Pregled obstoječe znanstvene literature mora utemeljiti potrebo po naši raziskavi in je osnova za oblikovanje namena in ciljev raziskave, raziskovalnih vprašanj 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 najbolje predstavita oblikovano kodo. Naredimo shematični prikaz dobljenih kod in iz njih razvitih kategorij ter sodbo.

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

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

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

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

Pregledni znanstveni članek je pregled najnovejših raziskav o določenem predmetnem področju z namenom povzemanja, analiziranja, evalviranja ali sintetiziranja informacije, ki so že bile publicirane. V preglednem znanstvenem članku znanstvena spoznanja niso le navedena, ampak tudi razložena, interpretirana, analizirana, kritično ovrednotena in predstavljena na znanstvenoraziskovalen način. Na osnovi kvantitativne obdelave podatkov predhodnih raziskav (metaanaliza) ali kvalitativne sinteze (metasinteza) rezultatov predhodnih raziskav prinaša nova spoznanja in koncepte za nadaljnje raziskovalno delo. Struktura preglednega znanstvenega članka je enaka kot pri izvornem znanstvenem članku.

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

V **metodah** natančno opišemo uporabljeni raziskovalni dizajn pregleda literature. Podpoglavja metod so: *metode*

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

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

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

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

Navajanje literature

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo, koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo *harvardski sistem* (npr. *Anglia 2008*) 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. Če gre za dva soavtorja, priimeka ločimo z »&«: (Stare & Pahor, 2010). V besedilu navajamo *do dva avtorja*, če je avtorjev *več* navedemo le prvega in dopišemo »et al.«: (Chen, et al., 2007). Če navajamo več citiranih del, jih ločimo s podpičji in jih navedemo po kronološkem zaporedju, od najstarejšega do najnovejšega, če je med njimi v istem letu več citiranih del, jih razvrstimo po abecednem vrstnem redu: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014). Kadar citiramo več del istega avtorja, izdanih v istem letu, je treba za letnico dodati malo črko po abecednem redu: (Baker, 2002a, 2002b).

Kadar navajamo sekundarne vire, uporabimo »cited in«: (Lukič, 2000 cited in Korošec, 2014). Če pisec članka ni bil imenovan oz. je delo anonimno, v besedilu navedemo *naslov*, v oklepaju pa zapišemo »Anon.« ter letnico objave: *The past is the past* (Anon., 2008). Kadar je avtor organizacija oz. gre za korporativnega avtorja, zapišemo ime korporacije (Royal College of Nursing, 2010). Če ni leta objave, to označimo z »n. d.« (angl. no date): (Smith, n. d.). Pri objavi fotografij navedemo avtorja (Foto: Marn, 2009; vir: Cramer, 2012). Za objavo fotografij, kjer je prepoznavna identiteta posameznika, moramo pridobiti dovoljenje te osebe ali staršev, če gre za otroka.

V **seznamu literature** na koncu članka navedemo bibliografske podatke/reference za *vsa v besedilu citirana ali povzeta dela* (in samo ta!), in sicer po abecednem redu avtorjev. Sklicujemo se le na objavljena dela. Kadar je avtorjev več in smo v besedilu navedli le prvega ter pripisali »et al.«, v seznamu navedemo prvih šest avtorjev in pripišemo »et al.«, če je avtorjev več kot šest. Za oblikovanje seznama literature velja velikost črk 12 točk, enojni razmik, leva poravnava ter 12 točk prostora za referencami (razmik med odstavki, angl. paragraph spacing).

Pri citiranju, tj. dobesednem navajanju, citirane strani zapišemo tako v navedbi citirane publikacije v besedilu: (Ploč, 2013, p. 56); kot tudi pri ustrezni referenci v seznamu (glej primere v nadaljevanju). Če citiramo več strani iz istega dela, strani navajamo ločene z vejico (npr.: pp. 15–23, 29, 33, 84–86). Če je citirani prispevek dostopen na spletu, na koncu bibliografskega zapisa navedemo »Available at:« ter zapišemo URL- ali URN-naslov ter v oglatem oklepaju dodamo datum dostopa (glej primere).

Primeri navajanja literature v seznamu

Citiranje knjige:

Hoffmann Wold, G., 2012. *Basic geriatric nursing*. 5th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby, pp. 350–356.

Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit, pp. 73–80.

Ricci Scott, S., 2007. *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 32–36.

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

Berryman, J., 2010. Statewide nursing simulation program. In: W.M. Nehring & F.R. Lashley, eds. *High-fidelity patient simulation in nursing education*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett, pp. 115–131.

Girard, N.J., 2004. Preoperative care. In: S.M. Lewis, et al., eds. *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. 6th ed. St. Louis: Mosby, pp. 360–375.

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

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

Borko, E., Takač, I., But, I., Gorišek, B. & Kralj, B. eds., 2006. *Ginekologija*. 2. dopolnjena izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, pp. 269–276.

Robida, A. ed., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 10–72.

Citiranje članka iz revij (v drugem primeru dostopnega tudi na spletu):

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., et al., 2007. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), pp. 122–131.

Papke, K. & Plock, P., 2004. The role of fundal pressure. *Perinatal Newsletters*, 20(1), pp. 1–2. Available at: http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal_newsletters/progeny_may2004.pdf [5. 12. 2012].

Pillay, R., 2010. Towards a competency-based framework for nursing management education. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), pp. 545–554.

Snow, T., 2008. Is nursing research catching up with other disciplines? *Nursing Standard*, 22(19), pp. 12–13.

Citiranje anonimnega dela (avtor ni naveden):

Anon., 2008. The past is the past: wasting competent, experienced nurses based on fear. *Journal of Emergency Nursing*, 34(1), pp. 6–7.

Citiranje dela korporativnega avtorja:

United Nations, 2011. *Competencies for the future*. New York: United Nations, p. 6.

Citiranje članka iz suplementa revije oz. suplementa številke revije:

Hu, A., Shewokis, P.A., Ting, K. & Fung, K., 2016. Motivation in computer-assisted instruction. *Laryngoscope*, 126(Suppl 6), pp. S5–S13.

Regehr, G. & Mylopoulos, M., 2008. Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(Suppl 1), pp. S19–S23.

Rudel, D., 2007. Informacijsko-komunikacijske tehnologije za oskrbo bolnika na daljavo. *Rehabilitacija*, 6(Suppl 1), pp. 94–100.

Citiranje prispevka iz zbornika referatov:

Skela-Savič B., 2008. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: B. Skela-Savič, et al., eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 25. in 26. september 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38–46.

Štemberger Kolnik, T. & Babnik, K., 2012. Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. In: D. Železnik, et al., eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks: zbornik predavanj z recenzijo. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, 18. september 2012*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 248–255.

Wagner, M., 2007. Evolucija k žensko osredičeni obporodni skrbi. In: Z. Drglin, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 17–30.

Citiranje diplomskega, magistrskega dela, doktorske disertacije:

Ajlec, A., 2010. *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 15–20.

Rebec, D., 2011. *Samoocenjevanje študentov zdravstvene nege s pomočjo video posnetkov pri poučevanju negovalnih intervencij v specialni učilnici: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 77–79.

Kolenc, L., 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 250–258.

Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov:

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND), 2008a. Uradni list Republike Slovenije št. 16.

Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZVOP-1-UPB1), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 94.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 24.

Citiranje zgoščenk (CD-ROM):

International Council of Nurses, 2005. *ICNP version 1.0: International classification for nursing practice*. [CD-ROM]. Geneva: International Council of Nurses.

Sima, Đ. & Požun, P., 2013. *Zakonodaja s področja zdravstva*. [CD-ROM]. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

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

1. Naslovna stran, ki vključuje:

- naslov članka;
- avtorje v vrstnem redu, kot morajo biti navedeni v članku;
- popolne podatke o vseh avtorjih (ime, priimek, dosežena stopnja izobrazbe, habilitacijski naziv, zaposlitev, e-naslov) in podatek o tem, kdo je korespondenčni avtor; če je članek napisan v angleščini, morajo biti tako zapisani tudi vsi podatki o avtorjih; v sistem je vključena e-izjava o avtorstvu;
- informacijo, ali članek vključuje del rezultatov večje raziskave oz. ali je nastal v okviru diplomskega, magistrskega ali doktorskega dela (v tem primeru je prvi avtor vedno študent);
- izjave (statements): avtorji morajo ob oddaji rokopisa podati sledeče izjave (pri slovensko pisanem članku so vse izjave tako v slovenščini kot tudi v angleščini), ki bodo po zaključenem recenzentskem postopku in odločitvi za sprejem članka v objavo prikazane na koncu članka pred poglavjem *Literatura*.

Zahvala/Acknowledgements

Avtorji se lahko zahvalijo posameznikom, skupinam ali sodelujočim v raziskavi za sodelovanje v raziskavi (izbirno).

Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorji so dolžni predstaviti kakršnokoli nasprotje interesov pri oddaji članka. V kolikor avtorji nimajo nobenih nasprotujočih interesov naj zapišejo naslednjo izjavo: »Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov.«

Financiranje/Funding

Avtorji so dolžni opredeliti kakršnokoli finančno pomoč pri nastajanju članka. Ta informacija je lahko podana z imenom organizacije, ki je financirala ali sofinancirala raziskavo, ter v primeru projekta z imenom in številko projekta. V kolikor ni bilo nobenega financiranja, naj avtorji zapišejo naslednjo izjavo: »Raziskava ni bila finančno podprta.«

Etika raziskovanja/Ethical approval

Avtorji so dolžni podati informacije o etičnih vidikih raziskave. V primeru odobritve raziskave s strani komisije za etiko zapišejo ime komisije za etiko in številko odločbe. V kolikor raziskava ni potrebovala posebnega dovoljenja komisije za etiko, so avtorji to dolžni pojasniti. Glede na posamezen tip raziskave lahko avtorji na primer zapišejo tudi naslednjo izjavo: »Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (ali) Kodeksom etike za babice Slovenije (2014),« v skladu s katero je treba v seznamu literature navajati oba vira.

Prispevek avtorjev/Author contributions

V primeru članka dveh ali več avtorjev so avtorji dolžni opredeliti prispevek posameznega avtorja pri nastanku članka, kot to določajo priporočila International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), dostopno na: <http://www.icmje.org/recommendations>. Vsak soavtor članka mora sodelovati v najmanj dveh strukturalnih delih članka (Uvod/Introduction, Metode/Methods, Rezultati/Results, Diskusija in zaključek/Discussion and conclusion). Za vsakega avtorja je treba napisati, v katerih delih priprave članka je sodeloval in kaj je bil njegov prispevek v posameznem delu.

2. 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/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.

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

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. V kolikor avtor članka ne vrne v roku, se članek zavrne. V kolikor avtor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora to pisno pojasniti. Po zaključenem recenzijem postopku uredništvo članek vrne avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in pripravi čistopis. Čistopis uredništvo pošlje v jezikovni pregled.

Avtor prejme prvi natis v korekturo s prošnjo, da na njem označi vse morebitne tiskovne napake, ki jih

označi v PDF-ju prvega natisa. Spreminjanje besedila v tej fazi ni sprejemljivo. Korekture je treba vrniti v treh delovnih dneh, sicer uredništvo meni, da se avtor s prvim natisom strinja.

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

Recenzentovo delo je odgovorno in zahtevno. S svojimi predlogi in ocenami recenzenti prispevajo k večji kakovosti člankov, objavljenih v Obzorniku zdravstvene nege. Od recenzenta, ki ga uredništvo neodvisno izbere, se pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja, ki so postavljena v obrazcu OJS, in ugotovil, ali so trditve in mnenja, zapisani v članku, verodostojni in ali je avtor upošteval navodila za objavljanje. Recenzent mora poleg znanstvenosti, strokovnosti in primernosti vsebine za objavo v Obzorniku zdravstvene nege članek oceniti metodološko ter uredništvo opozoriti na pomanjkljivosti. Ni treba, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem, vendar lahko opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Pozoren naj bo na pravilno rabo strokovne terminologije. Posebej mora biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jasen, ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvo članka; ali avtor citira (naj)novejše literaturo in ali citira znanstvene raziskave avtorjev, ki so pisali o isti temi v domačih revijah; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali je citiranje literature ustrezno, ali se v besedilu navedena literatura ujema s seznamom literature na koncu članka. Dostopno literaturo je treba preveriti. Oceniti je treba ustreznost slik ter tabel, preveriti, če se v njih ne ponavlja tisto, kar je v besedilu že navedeno. Recenzentova dolžnost je opozoriti na morebitne nerazvezane kratice. Recenzent mora biti še posebej pozoren na morebitno plagiatstvo in krajo intelektualne lastnine.

S sprejetjem recenzije se recenzent zaveže, da jo bo oddal v predpisanem roku. Če to ni mogoče, mora takoj obvestiti uredništvo. Recenzent se obveže, da vsebine članka ne bo nedovoljeno razmnoževal ali drugače zlorabil. Recenzije so anonimne: recenzent je avtorju neznan in obratno. Recenzent bo v pregled prek sistema OJS prejel le vsebino članka brez imena avtorja. V sistemu OJS recenzent poda svoje strokovno mnenje v recenzijem obrazcu. Če ima recenzent večje pripombe, jih kot utemeljitev za sprejem ali morebitno zavrnitev članka na kratko opiše oz. avtorju predlaga nadaljnje delo, pri čemer upošteva njegovo integriteto. Zaradi večje preglednosti in lažjih dopolnitev s strani avtorja lahko recenzent svoje pripombe in morebitne predloge vnese v besedilo članka, pri tem uporabi možnost, ki jo ponuja Microsoft Word – sledi spremembam (Track changes). Recenzent mora biti pozoren, da pred uporabo omenjene možnosti prikrije svojo identiteto (slediti spremembam, spremeni ime/Track changes, change user name). Recenzentsko verzijo besedila članka z vključenimi anonimiziranimi predlogi nato recenzent naloži v sistem OJS in omogoči avtorju, da predloge dopolnitev vidi. Končno odločitev o objavi članka sprejme uredniški odbor.

Literatura

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), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

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

Posodobljeno: 21. 11. 2016

Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege: navodila avtorjem in recenzentom, 2016. *Obzornik zdravstvene nege*. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Navodila.aspx> [23.12.2016].

MANUSCRIPT SUBMISSION GUIDELINES

General policies

The manuscript should be written clearly and succinctly in a standard Slovene or English language and 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 template, accessible at the editorial website. All articles considered for publication in the Slovenian Nursing Review will have been subjected to an external, triple-blind peer review. Manuscripts are accepted for consideration by the journal with the understanding that they represent original material, have not been published previously and are not being considered for publication elsewhere. Individual authors bear full responsibility for the content and accuracy of their submissions. The statement of responsibility and publication approval must be signed by the authors' full name. The author's (or authors') professional, academic titles and possible appointments to pedagogical or research title must be included. If the article is written in English, all the titles must be translated into the English language. In submitting a manuscript, the authors must observe the standard scientific research paper components, the format and typology of documents, and submission guidelines. The manuscript must be accompanied by the authorship statement, a copy of which is available on the journal website. The statement must be undersigned by the author and all co-authors in the order in which each is listed in the authorship of the article. The manuscript will not be submitted to editing process before the statement has been received by the editorial office. The latter should also be notified of the designated corresponding author (with their complete home and e-mailing address, telephone number), who is responsible for communicating with the editorial office and other authors about revisions and final approval of the proofs. The title page should include the manuscript title and the full names of the authors, their highest earned academic degrees, and their institutional affiliations and status. The manuscript is eligible for editorial and reviewing process if it is prepared according to the uniform requirements set forth by the editorial committee of the Slovenian Nursing Review.

If the article publishes human subject research, it should be evident from the methodology chapter that the study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and Tokyo. All human subject research including patients or vulnerable groups, health professionals and students requires review and approval by the ethical committee on institutional or national level prior to subject recruitment and data collection.

The title of the article, abstract and key words, tables (descriptive subtitle and legend), illustrations (descriptive subtitle or signature and legend) must be submitted in Slovene and English. The same applies to the articles written in English, where the above units must be given first in the English language, followed by the Slovene translation. The total of five data supplements per manuscript is allowed.

Tables and other data supplements should adequately accompany the text. The results presented in tables and other data supplements should be presented in symbols as required by the journal, available at the journal website, chapter Guidelines. The authors should refer to each of these supplements in the text. The use of footnotes and endnotes is not allowed.

Typology of articles

The editors reserve the right to re-classify the article in a topic category that may be more suitable than originally submitted. 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. Reclassification can be suggested by the author or reviewer, the final decision rests with the editor-in-chief and the executive editor.

Methodological structure of an article

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

A structured abstract is an abstract with distinct, labelled sections for rapid comprehension. It is structured under the following headings:

Introduction: This section states the main question to be answered, and indicates 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, methods of data collection, and analysis indicating where, how and when the data were collected.

Results: This section briefly summarizes and discusses the major findings. The information indicated in this section should be directly connected to the research question and purpose of the study. In

quantitative studies it is necessary to state the 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, the positive and the negative research findings should be adequately presented.

Structure of an Original Scientific Article (1.01)

An original scientific article is only the first-time publication of original research results in a way that allows the research to be repeated, and the findings checked. The research should be based on the primary sources which are not older than five years at the time of the publication of the article.

Introduction: In the introductory part the research problem is defined within the context of knowledge and scientific evidence it was developed. The review of scientific literature on the topic provides a rationale behind the work and identifies a problem highlighted by the gap in the literature. It frames a purpose and aims for a study, research questions or hypotheses as well as the method of investigation (a research design, sample size and characteristics of the proposed sample, data collection and data analysis procedures). The research should be based on the primary sources of the recent national and international research which are not older than ten or five years respectively, if the topic has been widely researched. Citation of sources and references to previous research findings is obligatory, while the authors' personal views are not given. Finally, the research intentions and purposes are stated. Recommended is also the framing of research questions (qualitative research) and hypotheses (qualitative research) to investigate or guide the study.

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

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

The *description of a sample* defines the population from which the sample has been drawn, the type of

the sample, the response rate of the participants, the respondents' demographics (gender, educational level, length of work experience, post currently held, and the like). In qualitative research, the category of sampling technique and the inclusion criteria are also defined and the sample size saturation is explained.

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

Discussion: The discussion section analyses the data descriptively (numerical data should be avoided) in relation to specific variables from the study. The 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 with 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 study results. 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 further research proposals grounded on the substantive content, conclusions and contributions of the study, albeit limitations cited. Citations of quotes, paraphrases or abridgements should not be included in the conclusion.

The article concludes with a list of all the published works cited or referred to in the text of the paper.

Structure of a Review Article (1.02)

Included in the category of review scientific research are: literature review, concept analyses, discussion based articles (also referred to as a review article). The Slovenian Nursing Review publishes review scientific research, the data collection of which has been concluded maximum three years before the publication of an article.

A review article is an overview of the latest works in a specific subject area, the works of an individual researcher or a group of researchers with the purpose of summarising, analysing, evaluating or synthesising the information that has already been published. Research findings are not only described but explained, interpreted, analysed, critically evaluated and presented in a scientific research manner. A review article brings either qualitative data processing of the previous research findings (meta-analyses) or qualitative syntheses of the previous research findings (meta-syntheses) and thus provides new knowledge and concepts for further research. The organizational 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 the research question.

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

Review methods include the development, testing and search strategy, predetermined criteria for the inclusion in the review, the researched data bases, 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 works, 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. The 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.

The quality assessment of the review and the description of data processing include the assessment of the research approach and the data obtained as well as the quality of included research works according to the hierarchy of evidence, and the data processing method.

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

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

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

Literature Citation

In academic writing the authors are required to acknowledge the sources from which they draw their information, including all statements, theories or methodologies applied. The authors should follow the *Harvard referencing system* (Anglia 2008) for in-text citations and in the reference list at the end of the paper. **In-text citations** or parenthetical citations are identified by the authors' surname and the publication year positioned within parenthesis immediately after the relevant word and before the punctuation mark: (Pahor, 2006). If a citation functions as a sentence element, the author's surname is followed by the year

of publication within parenthesis: Pahor (2006). In case of two authors, their surnames are separated by a "&": (Stare & Pahor, 2010). If there are *more than two authors*, only the first author's last name is noted followed by "et al.": (Chen, et al., 2007). Several references are listed in the chronological sequence of publication, from the most recent to the oldest. If several references were published in the same year, they are listed in alphabetical order: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014).

In citing works by the same author published in the same year, a lower case letter after the date must be used to differentiate between the works: (Baker, 2002a, 2002b).

In citing secondary sources they are introduced by "cited in" (Lukič, 2000 cited in Korošec, 2014). In citing a piece of work which does not have an obvious author or the author is unknown, the in-text citation includes the title followed by "Anon." in parenthesis, and the year of publication: *The past is the past* (Anon., 2008). In citing a piece of work whose authorship is an organization or corporate author, the name of the organization is given, followed by the year of publication (Royal College of Nursing, 2010). If no date of publication is given, it is notified by a "n. d." (no date): (Smith, n. d.). An in-text citation and a full reference must 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 on a photo is recognisable, a prior informed consent for publication should be gained from the subject or from a portrayed child's parent or guardian.

All in-text citations should be listed in the **reference list** at the end of the document. Only the citations used are listed in the reference list, which is arranged in the alphabetical order according to authors' last name. In-text citations should not refer to unpublished sources. If there are several authors, the in-text citation includes only the last name of the first author followed by the phrase et al. and the publication date. When authors number more than six, the reference list includes the first six authors' names followed by et al. The list of references should be in alphabetical order according to the first author's last name, character size 12pt with single spaced lines, aligned left and with 12pt spacing after references (paragraph spacing).

Cited pages are included in the in-text citation if the original segment of the text is cited (Ploč, 2013, p. 56) and in the reference list (see examples). If several pages are cited from the same source, the pages are separated by a comma (e.g. pp. 15–23, 29, 33, 84–86). If a source cited is accessible also on the World Wide Web, the bibliographic information concludes with "Available at", followed by URL- or URN-address and a date of access in square brackets (See examples).

Citation Examples by Type of Reference

Citing books:

Hoffmann Wold, G., 2012. *Basic geriatric nursing*. 5th ed. St. Louis: Elsevier/Mosby, pp. 350–356.

Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit, pp. 73–80.

Ricci Scott, S., 2007. *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 32–36.

Citing a chapter/essay in a book edited by multiple authors:

Berryman, J., 2010. Statewide nursing simulation program. In: W.M. Nehring & F.R. Lashley, eds. *High-fidelity patient simulation in nursing education*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett, pp. 115–131.

Girard, N.J., 2004. Preoperative care. In: S.M. Lewis, et al., eds. *Medical – surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. 6th ed. St. Louis: Mosby, pp. 360–375.

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

Citing a book edited by one or multiple authors:

Borko, E., Takač, I., But, I., Gorišek, B. & Kralj, B. eds., 2006. *Ginekologija*. 2. dopolnjena izd. Maribor: Visoka zdravstvena šola, pp. 269–276.

Robida, A. ed., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, pp. 10–72.

Citing a journal article (the second example refers to citing from the source available online):

Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., et al., 2007. Quality and safety education for nurses. *Nursing Outlook*, 55(3), pp. 122–131.

Papke, K. & Plock, P., 2004. The role of fundal pressure. *Perinatal Newsletters*, 20(1), pp. 1–2. Available at: http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal_newsletters/progeny_may2004.pdf [5. 12. 2012].

Pillay, R., 2010. Towards a competency-based framework for nursing management education. *International Journal of Nursing Practice*, 16(6), pp. 545–554.

Snow, T., 2008. Is nursing research catching up with other disciplines? *Nursing Standard*, 22(19), pp. 12–13.

Citing anonymous works (author is not given):

Anon., 2008. The past is the past: wasting competent, experienced nurses based on fear. *Journal of Emergency Nursing*, 34(1), pp. 6–7.

Citing works with society, association, or institution as author and publisher:

United Nations, 2011. *Competencies for the future*. New York: United Nations, p. 6.

Citing an article from a journal supplement or issue supplement:

Hu, A., Shewokis, P.A., Ting, K. & Fung, K., 2016. Motivation in computer-assisted instruction. *Laryngoscope*, 126(Suppl 6), pp. S5-S13.

Regehr, G. & Mylopoulos, M., 2008. Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(Suppl 1), pp. S19–S23.

Rudel, D., 2007. Informacijsko-komunikacijske tehnologije za oskrbo bolnika na daljavo. *Rehabilitacija*, 6(Suppl 1), pp. 94–100.

Citing from published conference proceedings:

Skela-Savič B., 2008. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: B. Skela-Savič, et al., eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 25. in 26. september 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38–46.

Štemberger Kolnik, T. & Babnik, K., 2012. Oblikovanje instrumenta zdravstvene pismenosti za slovensko populacijo: rezultati pilotske raziskave. In: D. Železnik, et al., eds. *Inovativnost v koraku s časom in primeri dobrih praks: zbornik predavanj z recenzijo. 2. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, 18. september 2012*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 248–255.

Wagner, M., 2007. Evolucija k žensko osredinjeni obporodni skrbi. In: Z. Drglin, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 17–30.

Citing diploma theses or master's theses and doctoral dissertations:

Ajlec, A., 2010. *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege: diplomsko delo univerzitetnega študija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, pp. 15–20.

Rebec, D., 2011. *Samoocenjevanje študentov zdravstvene nege s pomočjo video posnetkov pri poučevanju negovalnih intervencij v specialni učilnici: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 77–79.

Kolenc, L., 2010. *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 250–258.

Citing laws, codes and regulations:

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND), 2008a. Uradni list Republike Slovenije št. 16.

Zakon o varstvu osebnih podatkov (uradno prečiščeno besedilo) (ZVOP-1-UPB1), 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 94.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2010. Uradni list Republike Slovenije št. 40.

Pravilnik o licencah izvajalcev v dejavnosti zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2007. Uradni list Republike Slovenije št. 24.

Citing compact disk material (CD-ROM):

International Council of Nurses, 2005. *ICNP version 1.0: International classification for nursing practice*. [CD-ROM]. Geneva: International Council of Nurses.

Sima, Đ. & Požun, P., 2013. *Zakonodaja s področja zdravstva*. [CD-ROM]. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.

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

1. The title page includes:

- the title of the article;
- the full names of the author/s in the sequence as that in the article;
- the data about the authors (name, surname, their highest academic degree, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status, their mailing address), 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. The authorship statement 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, master 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 the articles written in the Slovene language, the English version of the statements must be included. The statements will be included before the "Reference list" 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 recognizing 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 the following statement: "The authors declare that no conflicts of interest exist."

Funding

The authors are responsible for recognizing 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 the following statement: "The study received no funding."

Ethical approval

The manuscript should include a statement that the study obtained ethical approval (or a statement that it was not required), the name of the ethics committee(s) and the number/ID of the approval. If the research required no ethics approval, the ethical and moral basis of the work should be justified. Depending on the nature of the research, the authors can write the following statement: "The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia, (or) the Code of Ethics for Midwives of Slovenia (2014)." Both sources should be included in the reference list.

Author contributions

In case of more than one author, the contribution of each author should be clearly defined according to the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) recommendations (<http://www.icmje.org/recommendations/>). Each co-author must participate in at least two structural parts of the article (Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusion). In addition, it should be identified to which stage of manuscript development each author has substantially participated (conception, design, execution, interpretation of the reported study or to the writing of an article).

2. **The main document** should be anonymized and includes the title (obligatorily without the authors and contact data), the abstract, the keywords, the text in the agreed format, the tables, the figures, pictures and literature. Authors may use up to 5 tables/pictures in the article.

Length of the manuscript: Its length 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 given in the document "The title page".

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. Obligatory is the use of Microsoft Word template available at the Slovenian Nursing Review website.

The tables contain information organised into discrete rows and columns. They are sequentially numbered 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 summarizing the data in respective rows and columns, and, if necessary, the notes and legends. There are no empty cells 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 the size of tables.

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

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

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

Literature

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), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

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

Updated on November 21, 2016

Cite as:

Slovenian Nursing Review: author/reviewer guidelines, manuscript submission guidelines, 2016. *Obzornik zdravstvene nege*. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Navodila.aspx> [23.12.2016].

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: OZNEF5

Founded and published by:

The Nurses and Midwives Association of Slovenia

Editor in Chief and Managing Editor:

Mateja Lorber, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor

Editor, Executive Editor:

Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor

Editor, Web Editor:

Martina Kocbek Gajšt, MA, BA

Editorial Board:

- **Branko Bregar, MSc, RN, Senior Lecturer**, University Psychiatric Hospital Ljubljana, Slovenia
- **Nada Gosić, PhD, MSc, BSc, Professor**, University of Rijeka, Faculty of Health Studies and Faculty of Medicine, Croatia
- **Sonja Kalauz, PhD, MSc, MBA, RN, Assistant Professor**, University of Applied Health Studies Zagreb, Croatia
- **Vladimír Kališ, PhD, MD, Associate Professor**, Charles University, University Hospital Pilsen, Department of Gynaecology and Obstetrics, Czech Republic
- **Igor Karnjuš, PhD, MSN, RN, Senior Lecturer**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Petra Klanjšek, BSc, Spec., Assistant**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Klavdija Kobal Straus, MSc, RN, Spec., Lecturer**, Ministry of Health of the Republic of Slovenia, Slovenia
- **Martina Kocbek Gajšt, MA, BA**, Charles University, Institute of the History of Charles University and Archive of Charles University, Czech Republic
- **Andreja Kvas, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Sabina Ličen, PhD, MSN, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mateja Lorber, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Miha Lučovnik, PhD, MD, Assistant Professor**, University Medical Centre Ljubljana, Division of Gynaecology and Obstetrics, Slovenia
- **Ana Polona Mivšek, PhD, BsM, Assistant Professor**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Fiona Murphy, PhD, MSN, BN, RGN, NDN, RCNT, PGCE(FE), Associate Professor**, Swansea University, College of Human & Health Sciences, United Kingdom
- **Alvisa Palese, DNurs, MSN, BCN, RN, Associate Professor**, Udine University, School of Nursing, Italy
- **Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Árún K. Sigurdardóttir, PhD, MSN, BSc, RN, Professor**, University of Akureyri, School of Health Sciences, Islandija
- **Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Associate Professor**, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia
- **Tamara Štemberger Kolnik, MSc, BsN, Senior Lecturer**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences and Retirement Home Koper, Slovenia
- **Debbie Tolson, PhD, MSc, BSc (Hons), RGN, FRCN, Professor**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, United Kingdom
- **Dominika Vrbnjak, PhD, MSN, RN, Assistant**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia

Readers for Slovenian

Simona Jeretina, BA

Tanja Svenšek, BA

Reader for English

Nina Bostič Bishop, MA, BA

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

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

Official web page: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/eng/>

Annual subscription fee (2017): 10 EUR for students and the retired; 25 EUR for individuals; 70 EUR for institutions.

Print run: 665 copies

Designed and printed by: Tiskarna knjigoveznica Radovljica

Printed on acid-free paper.

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

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

Kazalo / Contents

UVODNIK / LEADING ARTICLE

- A healthy work environment: care for the well-being and health of employees in nursing
Zdravo delovno okolje: skrb za počutje in zdravje zaposlenih v zdravstveni negi
Mateja Lorber 148

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Perineal trauma during vaginal birth in Slovenia: analysis of national data for the period from 2013 to 2015
Poškodbe presredka pri vaginalnem porodu v Sloveniji: analiza nacionalnih podatkov za obdobje od 2013 do 2015
Petra Petročnik, Ana Polona Mivšek, Teja Škodič Zakšek, Ivan Verdenik, Anita Jug Došler 153

- Vloga staršev in vzgoje za zdravje pri oblikovanju odgovornega spolnega vedenja: raziskava med učenci osnovne šole
The role of parents and health education in shaping responsible sexual behavior: research among primary school students
Sanela Pivač, Sedina Kalender Smajlović 160

- Diabetično stopalo kot zaplet sladkorne bolezni
Diabetic foot complications
Klementina Meklav, Vojko Flis, Jadranka Stričević, Vida Struk 168

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

- Odnos in znanje medicinskih sester ter ovire pri implementaciji na dokazih temelječe prakse: integrativni pregled literature
Knowledge, attitudes and barriers in the implementation of evidenced-based practice among nurses: an integrative literature review
Urban Bole, Brigita Skela-Savič 177

- Medpoklicno nasilje v operativni dejavnosti: pregled literature
Interprofessional violence in perioperative care: literature review
Tina Oblak, Brigita Skela-Savič 186

