

# Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



51(3)  
Ljubljana 2017

## **OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE**

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

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

Ustanovitelj in izdajatelj:

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

Glavna in odgovorna urednica:

**izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič**

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
- **doc. dr. Simona Hvalič Touzery**, Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Slovenija
- **doc. dr. Sonja Kalauz**, Zdravstveno veleučilišče Zagreb, Hrvaška
- **viš. pred. 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. 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
- **izr. prof. dr. Polona Selič**, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Slovenija
- **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

Lektorica za slovenščino:

**mag. Ana Božič**

Lektorji 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: 1045 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna knjigovoznica 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 2017 Letnik 51 Številka 3  
Ljubljana 2017 Volume 51 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).

---

## 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).

**KAZALO/CONTENTS****UVODNIK/LEADING ARTICLE**

- 90 let organiziranega delovanja medicinskih sester na Slovenskem: iz preteklosti skozi sedanjost v prihodnost  
90 years of professional nursing in Slovenia: the past, the present and the future  
*Monika Ažman* 184

**IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE**

- The attitude of employees in perioperative nursing to training new employees in the workplace: an example of one organization  
Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu: primer ene organizacije  
*Tina Oblak, Brigita Skela-Savič* 190

- Ocena prehranskega stanja starejših v socialnovarstvenem zavodu  
Assessment of the nutritional status of the elderly in a residential home  
*Nika Urh, Katarina Babnik, Doroteja Rebec, Tamara Poklar Vatovec* 207

- Analiza vodenja potermenske nosečnosti v Sloveniji v letu 2012  
Analysis of post-term pregnancy management in Slovenia in 2012  
*Klavdija Obreza, Ivan Verdenik, Ana Polona Mivšek* 219

- Prvo srečanje s porodom med študenti babištva: samoocena občutij ob prvi klinični praksi v porodnem bloku  
The first encounter with childbirth among midwifery students: self-evaluation of the feelings at their first clinical practice in a maternity ward  
*Tjaša Plemen, Ana Polona Mivšek* 226

**PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE**

- Uporaba ocenjevalnih lestvic pri ocenjevanju samostojnosti pacienta v rehabilitacijski zdravstveni negi: pregled literature  
The use of assessment scales for evaluating patient's independence in rehabilitation nursing: literature review  
*Romana Petkovšek-Gregorin, Brigita Mali* 234

Uvodnik/Leading article

## 90 let organiziranega delovanja medicinskih sester na Slovenskem: iz preteklosti skozi sedanost v prihodnost

90 years of professional nursing in Slovenia: the past, the present and the future

Monika Ažman

### Začetki delovanja stanovske organizacije

Iz originalnega zapisnika (Organizacija absolventk šol za sestre, 1927), ki ga hranimo v arhivu Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, beremo: »Dne 27. novembra 1927 se je vršil v zavodu za zaščito dece v Ljubljani ustanovni občni zbor Organizacije absolventk šole za sestre v Ljubljani. Udeležilo se ga je trinajst sester: sr. Arkova, sr. Češarkova, sr. Boškinova, sr. Grudnova, sr. Hočevarjeva, sr. Jazbinškova, sr. Kecljeva, sr. Kurentova, sr. Marinčičeva, sr. Revenova, sr. Štefančičeva, sr. Schiffrerjeva in sr. Vovkova. Prisostvoval je šef zavoda, g. dr. Dragaš. Predsedovala je sr. Schiffrerjeva kot predsednica pripravljalnega odbora.« Tega dne se je z ustanovnim občnim zborom ustanovila prva sestrska organizacija v Jugoslaviji, »tvorila bo vez med vsemi sestrami, skrbela za njihov dobrobit ter reševala sestrska vprašanja vobče« (Organizacija absolventk šol za sestre, 1927). Tako je nastala Organizacija absolventk šole za sestre Zavoda za socialno higiensko zaščito dece v Ljubljani. Za predsednico je bila izvoljena Antonija Schiffrer. Omenjeni zapisnik pomeni temeljni dokument za začetek organiziranega delovanja medicinskih sester na Slovenskem, katerega 90-letnico že vse leto obeležuje današnja stanovska organizacija Zbornica – Zveza. Omenjeni ustanovni občni zbor pomeni tudi začetek društvenega delovanja zaščitnih sester (danes medicinskih sester) na območju takratne države Kraljevine Srbov, Hrvatov in Slovencev.

Osnovni vodili ob ustanovitvi organizacije sta bili poklicno povezovanje in strokovna pomoč medicinskim sestram. Poslanstvo se vse do danes ni dosti spremenilo, spreminjale so se le aktivnosti, ki jih je organizacija izvajala kot odgovor na potrebe stroke

in zdravstvene potrebe prebivalstva. Oris delovanja organizacije do leta 1997 oz. 2007 sta zajela Jubilejni zbornik ob 70-letnici Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Zbornice zdravstvene nege Slovenije (Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1997) in Obzornik zdravstvene nege, letnik 41, suplement 1 iz leta 2007 (80 let organiziranega delovanja medicinskih sester na Slovenskem, 2007). Zadnje, v tem trenutku še sveže desetletje delovanja organizacije je prav tako vredno zapisa ter podlaga za pogled v prihodnost.

### Regulacija lastnega poklica zdravstvene in babiške nege

Organizacija in z njo njene voditeljice in predsednice so se v devetdesetih letih delovanja soočale z različnimi izzivi. Tudi v zadnjih desetih letih se je odvil niz dogodkov, ki so in bodo za vedno zaznamovali stanovsko organizacijo in z njo tako zdravstveno kot babiško nego v Sloveniji. Dne 1. 7. 2005 je Zbornica – Zveza s strani Ministrstva za zdravje za obdobje treh let, z možnostjo podaljšanja za enako obdobje, prvič prejela javno pooblastilo, ki je opredeljevalo štiri področja: vodenje registra izvajalcev zdravstvene in babiške nege, podeljevanje in podaljševanje licenc za samostojno izvajanje dela v zdravstveni in babiški negi, izvajanje strokovnih nadzorov s svetovanjem ter načrtovanje specializacij in specialističnih izpitov. Med funkcionarji organizacije, ki so si dolga leta prizadevali za lastno regulacijo stroke, je bilo čutiti navdušenje in optimizem, da se za zdravstveno in babiško nego v Sloveniji obetajo boljši časi. Prvi postopki za vpis v register izvajalcev zdravstvene in babiške nege so se začeli junija 2007, skladno z Zakonom o upravnem postopku so bile izdane tudi prve odločbe. Le-tem so še v istem letu sledile prve odločbe o podeljeni licenci za samostojno

Monika Ažman, dipl. m. s.; predsednica Zbornice zdravstvene in babiške nege – Zveze slovenskih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ob železnici 30 a, 1000 Ljubljana, Slovenija

Kontaktne e-naslov/Correspondence e-mail: predsednica@zbornica-zveza.si

Prejeto/Received: 1. 9. 2017  
Sprejeto/Accepted: 8. 9. 2017

<https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.3.194>

delo v zdravstveni oz. babiški negi. Javno pooblastilo, ki je bilo Zbornici – Zvezi podeljeno na podlagi pogodbe za triletno obdobje, se je izteklo maja 2008. Ministrstvo za zdravje je javno pooblastilo za obdobje treh let Zbornici – Zvezi vnovič dodelilo leta 2009, tj. do leta 2012. Leta 2013 je regulacijo stroke zdravstvene in babiške nege Ministrstvo za zdravje začelo izvajati samo, vendar pogovori v smeri ponovne podelitve javnih pooblastil niso nikoli zamrli. Januarja 2016 so bila na vseh štirih področjih javna pooblastila za triletno obdobje znova podeljena Zbornici – Zvezi. Dejavnosti javnih pooblastil se izvajajo redno, brez zaostankov, v urejenem in varnem informacijskem sistemu. Uspešno se izvajajo tudi postopki podaljševanja licenc, tj. prva redna podaljšanja licenc za novo sedemletno obdobje, ter strokovni nadzori s svetovanjem (v letu 2017 10 sistemskih in 40 individualnih).

### *Prevedba plačnega sistema ter poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*

V letu 2008 je za vse zaposlene v javnem sektorju v Republiki Sloveniji začela veljati prevedba v nov plačni sistem. To je pomenilo, da je bilo treba določiti plačne razrede za delovna mesta in nazive ter poimenovanja delovnih mest, če so se le-ta spremenila oziroma nastala z združevanjem različnih delovnih mest. Pogajanja z vlado je za področje zdravstvene in babiške nege vodil stanovski sindikat, tj. Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije. Ponovno so v ospredje stopila neskladja zaradi različnih ravni izobrazbe izvajalcev zdravstvene in babiške nege na istih oz. enakih delovnih mestih.

Zbornica – Zveza je tega leta izdala dolgo nastajajoči dokument *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi* (Železnik, et al., 2008). To je bila že tretja različica razmejevanja dela v zdravstveni negi (prva 1992, druga 1997), prvič pa so bile v tem dokumentu navedene tudi aktivnosti in kompetence za področje babiške nege in naloge, ki jih izvaja bolničar negovalec. Eden pomembnejših namenov dokumenta je bilo tudi udejanjanje direktiv Evropskega parlamenta in sveta (European Parliament and Council - EC) ter Evropske unije (EU) za regulirane poklice v naši državi. Cilji dokumenta so bili usmerjeni v oblikovanje podlag za načrtovanje kadrov in kadrovske politike v naši stroki, v sistemizacijo delovnih mest, za določitev kompetenc in drugo. Do zaključka tega leta (2017) naj bi izšla revizija omenjenega dokumenta, torej že četrti tak dokument za področje zdravstvene nege. Novi dokument bo opredelil in upošteval tudi usmeritve za implementacijo direktive, zapisane v dokumentu *EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/EU* (2015) (EFN – European Federation of Nurses Associations – Evropska federacija združenj medicinskih sester). Tako kot dokumenti o splošnih poklicnih aktivnostih in kompetencah so zadnja leta na njihovi osnovi nastajali tudi dokumenti o poklicnih aktivnostih in kompetencah

za posamezna strokovna področja (družinska medicina, patronažno varstvo, socialnovarstveni zavodi, nefrologija, dializa in transplantacija).

### *Zagotavljanje ustreznih pogojev dela oz. lastnih prostorov*

Dne 25. 7. 2009 je Zbornica – Zveza po več kot 80 letih delovanja prvič dobila svoje poslovne prostore. S podpisom pogodbe o finančnem najemu za dobo 15 let je takratna predsednica Darinka Klemenc skupaj z redno zaposlenimi postavila temelje in pogoje za delo tako zaposlenih kot tudi izvršilnih odborov strokovnih sekcij Zbornice – Zveze. Ne le, da se izvršilnim odborom strokovnim sekcijam, komisijam in delovnim skupinam od tedaj ni več treba sestajati na različnih lokacijah in najemati prostore, z nekaj več kot 300 m<sup>2</sup> delovnih površin, ki obsegajo tudi sejno sobo, knjižnico in malo sejno sobo, je sedež organizacije na naslovu Ob železnici 30a postal prijazno zatočišče za neštete dejavnosti članic in članov.

### *Vpetost v mednarodno dogajanje, sodelovanje in politično udejstvovanje*

Posebno mesto v zgodovini delovanja organizacije bo za vedno pripadlo izvedbi prvega svetovnega kongresa s področja zdravstvene nege v Sloveniji – 17. bialnega kongresa enterostomalnih terapevtov – World Council of Enterostomal Therapists (junija 2008 v Ljubljani), ki je bil s 1500 udeleženci z vsega sveta največji dogodek pri nas do zdaj. Sledila sta mu še dva svetovna kongresa pod okriljem naše organizacije: 10. svetovni kongres anestezijskih medicinskih sester (International Federation of Nurse Anesthetists) (junija 2012 v Ljubljani) in 17. bialna mednarodna konferenca medicinskih sester v primarnem zdravstvenem varstvu šolskih otrok in mladine (junija 2013 v Ljubljani). Sodelovali smo predvsem s stanovskimi združenji v bližini: Avstrijo, Hrvaško, Srbijo, Makedonijo, delno tudi z Veliko Britanijo. Mednarodne vezi z državami nekdanje skupne države Jugoslavije niso nikoli popolnoma zamrle. Uradno smo podpisali dogovore o sodelovanju s Hrvaškim združenjem medicinskih sester (Hrvatska udruga medicinskih sestara – 17. 12. 2008), z Zvezo združenj zdravstvenih delavcev Srbije (Savez udruženja zdravstvenih radnika Srbije – 12. 5. 2010) in z Združenjem medicinskih sester, tehnikov in babic v Republiki Makedoniji (Združenije na medicinski sestri, tehničari i akušerki na Makedonija – 10. 5. 2014).

Oktober 2015 je Slovenijo obiskala takratna predsednica International Council of Nurses (ICN) dr. Judith Shamian. Njen obisk je vključeval tudi srečanje s predsednikom Državnega sveta in z ministrico za zdravje ter novinarsko konferenco, na kateri je spregovorila o nujnosti krepitve kadrovskih virov v zdravstveni negi ter o pomenu izobraževanja in sodelovanja stroke zdravstvene in babiške nege pri

uvajanju sistemskih sprememb v zdravstvu. Po obisku Christine Hancock leta 2002 je to bil drugi obisk aktualne predsednice ICN pri nas. Ob praznovanju 90. obletnice 2017 pa pričakujemo tudi udeležbo sedanje predsednice ICN Annette Kennedy.

Zbornica – Zveza aktivno sodeluje v mednarodnih organizacijah EFN, ICN, ICM (International Confederation of Midwives – Mednarodna zveza bobic) in EMA (European Midwifery Association – Evropska zveza bobic). Posamezne strokovne sekcije so članice različnih tujih mednarodnih strokovnih združenj. Ponosni smo, da je prva slovenska članica upravnega odbora ICN Veronika Pretnar Kunstek utrla pot k uspešni kandidaturi drugih naših članov. Po večletnem delovanju mag. Petra Požuna v upravnem odboru ICN (od 2009 do 2017) je bila na letošnjem 26. kongresu ICN kot tretji zaporedni slovenski predstavnik v upravnem odboru izvoljena izr. prof. dr. Brigita Skela Savič. Pomembno mesto v vodstvu EMA pa ima babica Anita Prelec (2009–2017).

Tudi v Državnem svetu Republike Slovenije je že ves čas njegovega delovanja tudi naš zastopnik oz. predstavnik za področje zdravstva. Naša prva državna svetnica je bila Majda Šlajmer Japelj, druga Petra Kersnič, tretji mag. Peter Požun.

### *Poslanstvo, vizija, vrednote in kodeksi strokovne organizacije*

Poslanke in poslanci Zbornice – Zveze so na 23. redni skupščini leta 2011 definirali tri pomembne elemente organizacije: poslanstvo, vizijo in vrednote. Zbornica – Zveza je »sodobno strokovno stanovsko združenje, ki ustvarja prihodnost zdravstvene in babiške nege in oskrbe, vselej v skrbi za sočloveka« (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011). Istega leta je nastal tudi dokument *Podoba medicinske sestre, babice in tehnika zdravstvene nege*. Leta 2014 sta bila v enotni publikaciji izdana dva pomembna kodeksa: prenovljen in dopolnjen *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, ki se danes imenuje *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije* (2014), in *Kodeks etike za babice Slovenije* (2014), ki ga je kot prvi samostojni dokument na področju babištva v Sloveniji potrdila skupščina Zbornice – Zveze že leta 2011 (Kodeks etike za babice, 2011). Z namenom izboljšanja in nadgrajevanja kakovosti dela funkcionarjev Zbornice – Zveze ter prepoznavnosti stroke in stanovske organizacije je upravni odbor na 38. redni seji 18. 11. 2015 sprejel tudi *Kodeks delovanja funkcionarjev Zbornice – Zveze* (2016).

### *Izobraževanje in vseživljenjsko učenje kot temelj delovanja organizacije*

Skrb za strokovni in karierni razvoj posameznika je pomemben del statutarnih nalog organizacije. Leta 1994 je naša stanovska organizacija izvedla prvi simpozij zdravstvene nege, leta 1997 prvi kongres

zdravstvene nege. Od začetkov do danes smo izvedli že 15 simpozijev in 10 kongresov na nacionalni ravni, v zadnjih letih tudi z vabljenimi priznanimi strokovnjaki s področja zdravstvene in babiške nege iz tujine.

Večkrat omenjene spremembe v plačnem sistemu v letu 2008 so prispevale k uvajanju specialnih znanj na področje zdravstvene in babiške nege. Nacionalne poklicne kvalifikacije (NPK) smo razvijali tudi na področjih, kjer ni bilo ustreznega izobraževalnega sistema. Tako so nastale tri nacionalne poklicne kvalifikacije: NPK ortopedski tehnolog, NPK zobozdravstveni asistent in NPK zdravstveni reševalec. Vzpostavitev urgentnih centrov po državi je zahtevala ne le prilagoditev organizacije dela strokovnjakov zdravstvenega tima, temveč tudi nova znanja izvajalcev zdravstvene in babiške nege. Zbornica – Zveza (Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci) je postala organizatorica programa usposabljanja, poimenovanega Triaža v sistemu nujne medicinske pomoči v Republiki Sloveniji.

Strokovnjaki s področja urgentne obravnave pacientov in Ministrstvo za zdravje sta izbrala manchesterški triažni sistem, ki se uporablja v mnogih evropskih državah in v svetu. Program je določilo Ministrstvo za zdravje z odredbo v Uradnem listu Republike Slovenije št. 15/2013 z dne 18. 2. 2013. Uvedbi prvega izobraževalnega modula je tako sledil še drugi: Tečaj dodatnih postopkov zdravstvene nege pri obravnavi ogroženega poškodovanca (Advanced Trauma Care for Nurse – ATCN). Ta tečaj je namenjen vsem diplomiranim medicinskim sestram/zdravstvenikom, ki želijo nadgraditi svoje znanje oskrbe življenjsko ogroženega poškodovanca.

Podatki, zbrani za potrebe javnih pooblastil, kažejo, da je Komisija za licenčno vrednotenje v letih 2012–2016 pregledala 1711 vlog organizatorjev izobraževanj, pretežno v izvedbi strokovnih sekcij in regijskih strokovnih društev, ki se jih je udeležilo skupaj več kot 85.000 izvajalcev zdravstvene in babiške nege (Ažman, 2017). Trend izobraževanj ne popušča.

Kljub dostopnosti skoraj vseh pomembnih tujih publikacij in dokumentov preko svetovnega spleta je organizacija v slovenski jezik prevedla in na svoji strani objavila *EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/EU* in dokument Svetovne zdravstvene organizacije *Globalne strateške usmeritve dejavnosti zdravstvene in babiške nege 2016–2020* (World Health Organization, 2016), v katerem avtorji ugotavljajo, da so medicinske sestre in babice odločilne pri ključnih zdravstvenih storitvah in bistvene pri krepitvi zdravstvenega sistema. Do konca tega leta bo preveden in natisnjen tudi priročnik *NANDA International Negovalne diagnoze, definicije in klasifikacija 2015–2017*. Pomemben prispevek k razvoju stroke imajo tudi nacionalni protokoli s področja zdravstvene in babiške nege ter oskrbe v Republiki Sloveniji, ki jih je organizacija začela



pripravljati po sklepu Odbora strokovnih sekcij leta 2010, da bo kot reprezentativna nacionalna strokovna organizacija pripravila dokumente z navodili za dobro prakso zdravstvene in babiške nege ter oskrbe pod skupnim imenom *Nacionalni protokoli*. Doslej je bilo izoblikovanih in strokovni javnosti posredovanih že več kot 30 protokolov.

V okviru Zbornice – Zveze je bil z namenom nadgradnje stroke, organizacije in raziskovanja ustanovljen Center SKOR – Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic. Ravno tako v okviru Zbornice – Zveze že skoraj dve desetletji deluje tudi Delovna skupina za nenasilje, ki z detabuizacijo nasilja v zdravstveni in babiški negi prispeva k prepoznavanju, ozaveščanju in obravnavi nasilnih dejanj na naših delovnih mestih. Od leta 2013 deluje tudi stalna Delovna skupina za paliativno zdravstveno nego.

### *Vloga regijskih strokovnih društev in strokovnih sekcij – ključnih izvajalcev izobraževalnih dogodkov, povezovanja in skrbi za članstvo*

Povezovanje članstva v obliko organiziranega delovanja (regijskih strokovnih) društev in strokovnih sekcij se je postopoma razvijalo od prvih začetkov leta 1927 vse do današnjih dni. Ključne stebre strokovne organizacije predstavlja enajst regijskih strokovnih društev, katerih predsednice so se leta 1997 zaradi nove zakonodaje o društvih s posebno pogodbo povezale v Zvezo društev. Operativni organ v odnosu do krovne organizacije je Odbor regijskih strokovnih društev (ORS) z dvema predstavnikoma v Upravnem odboru Zbornice – Zveze. Združevanje članstva poteka po regijskem principu, društva so poimenovana po mestih ali regijah. Primarna naloga društev je skrb za članstvo, za regijsko povezovanje ter za kakovost dela in življenja članic in članov nasploh, iz česar izhaja tudi nudenje interesnih prostočasnih aktivnosti. Strokovne sekcije se povezujejo po strokovnem principu in pomenijo strokovno moč organizacije na ožjih strokovnih področjih. Trenutno deluje 31 strokovnih sekcij, vsaka s svojim programom izobraževanja. Skoraj vsa njihova strokovna srečanja se zaključijo z izdajo zbornikov, katerih strokovni prispevki so iz leta v leto kakovostnejši. Strokovne sekcije so nepogrešljive tudi pri oblikovanju nacionalnih protokolov, pri definiranju poklicnih aktivnosti in kompetenc, pri strokovnih nadzorih itd. Za koordinacijo strokovnih sekcij skrbi Odbor strokovnih sekcij (OSS) s prav tako dvema predstavnikoma v Upravnem odboru Zbornice – Zveze.

### *Slovenska zdravstvena in babiška nega zazrta v prihodnost*

Sprehod skozi zgodovino delovanja strokovne organizacije bralcu oriše pomembne mejnike delovanja organizacije, neprestana prizadevanja po

prepoznavnosti in razvoju zdravstvene in babiške nege za blaginjo državljanov ter številne aktivnosti, ki so zlasti v zadnjem desetletju usmerjene v zagotavljanje kakovostne, varne in etične zdravstvene obravnave tako za paciente/uporabnike kot tudi za izvajalce same. Širitev področja dela diplomiranih medicinskih sester je namreč pomemben korak k izboljšanju kakovosti in dostopnosti širše zdravstvene oskrbe (Hanlon, 2015).

Zbornica – Zveza je leta 2011 skupaj z drugimi deležniki sodelovala pri vzpostavitvi projekta referenčnih ambulant družinske medicine (RADM) na primarni ravni zdravstvenega varstva. Delo diplomirane medicinske sestre v RADM zahteva določena znanja in spretnosti, za katera je Zbornica – Zveza ob uvedbi RADM želela, da jih diplomirane medicinske sestre pridobijo načrtno in nadzorovano, kar se je kasneje izkazalo kot utemeljeno (Poplas Susič, 2017). Napredna znanja diplomiranih medicinskih sester se bodo v prihodnosti zagotovo razvijala tudi na področju predpisovanja medicinsko-tehničnih pripomočkov in zdravil ter na področju izvajanja specialnih intervencij v zdravstvenih institucijah in na terenu. Že prejemljeni izobraževanji (Triaža vsistemu nujne medicinske pomoči v Republiki Sloveniji in Tečaj dodatnih postopkov zdravstvene nege pri obravnavi ogroženega poškodovanca – ATCN) ter modul izobraževanj za področje vodenja pacienta s kronično nenalezljivo boleznijo v RADM so trden argument za razvoj podiplomskega specialističnega študija oz. kliničnih specializacij na področju zdravstvene nege. Z aneksom k pogodbi javnih pooblastil (2017) za obdobje od 2016 do 2018 je ministrica za zdravje podala podlago za ustanovitev posebne delovne skupine, ki bo ob sodelovanju z visokošolskimi zavodi in ustreznimi kliničnimi okolji pripravila predlog vsebine in trajanja posamezne specializacije, obseg znanj in veščin ter druge zahteve, ki jih mora specializant izpolniti do zaključka specializacije, ter vsebino specialističnega izpita.

S sprejetjem Zakona o spremembah in dopolnitvah določenih zakonov s področja zdravstvene dejavnosti (2016) je tudi Slovenija v svoj pravni red uvedla implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/55/EU. S tem je dokončno jasno, kdo je v slovenskem prostoru v skladu z omenjeno direktivo izobražena medicinska sestra oz. babica, to sta diplomirana medicinska sestra oz. diplomirani zdravstvenik in diplomirana babica oz. diplomirani babičar. Drugi zelo pomemben korak za izobraževanje na področju zdravstvene nege v slovenskem prostoru pa je bil vpis prve generacije študentov na doktorski študijski program zdravstvene nege v okviru Fakultete za zdravstvene vede Univerze v Mariboru.

Kakovost izobraževanja na vseh ravneh je in bo tudi v prihodnosti odgovornost vseh izobraževalnih institucij in kliničnih okolij. Pri tem ne gre le za

izobraževalni proces kot tak, vse bolj pomembna je in bo postajala motivacija za zaposlovanje v zdravstveni negi. Podatki Svetovne zdravstvene organizacije iz leta 2013 kažejo, da se v zdravstveni negi izkazuje 50-odstotni primanjkljaj, kar pomeni pomanjkanje skoraj devet milijonov medicinskih sester po vsem svetu (World Health Organization, 2016). Podatki, ki so razvidni iz poročil Stalne delovne komisije za slovensko kategorizacijo zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN) za obdobje 2008–2013, kažejo na 20- do 26-odstotno pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege že zgolj na bolnišničnih oddelkih slovenskih bolnišnic (Končno poročilo Delovne skupine za izdelavo poročila kadrovskih standardov za področje sekundarne in terciarne zdravstvene dejavnosti na področju zdravstvene in babiške nege – bolnišnična dejavnost, 2015).

Sstarajočo se populacijo bodo aktivnosti diplomiranih medicinskih sester v prihodnje usmerjene v zagotavljanje specifičnih potreb le-te, kar pa že danes v ospredje postavlja velik pomen zdravstvene vzgoje in promocije zdravja, strokovnjak za le-to je prav diplomirana medicinska sestra. Ob prejemu nagrade ICN leta 2015 – zlato nagrado za vključevanje članstva ICN podeljuje strokovnim združenjem, ki imajo vključenih več kot 75 odstotkov izvajalcev zdravstvene nege v državi članici – smo začutili, da bi z vsem potencialom, ki ga premoremo s skoraj 15.000 prostovoljnimi člani, morali odločno zavzeti stališče do zakonske ureditve zdravstvene in babiške nege kot dveh pomembnih reguliranih poklicev znotraj EU.

Pomembno vlogo preteklega in sedanjega časa ter zagotovo tudi prihodnosti slovenske zdravstvene in babiške nege predstavlja *Obzornik zdravstvene nege*, ki še vedno ostaja edina in zato še toliko bolj pomembna strokovna revija *Zbornice – Zveze*, ki s svojimi znanstvenimi in strokovnimi vsebinami pomembno vpliva na pridobivanje novih znanj medicinskih sester in babic ter s tem na razvoj zdravstvene in babiške nege v slovenskem prostoru (Ažman, 2016). Razvoj revije je samozavestno usmerjen v pridobitev statusa revije s faktorjem vpliva. Prepričana sem, da bodo k temu bistveno pripomogli izvorni znanstveni in pregledni znanstveni članki, ki so in bodo plod novopridobljenih raziskovalnih znanj magistrskih in doktorskih študentov. Brez naprednih znanj, opredeljenih v vseh pomembnih dokumentih, tudi v smernicah EFN, ni sodobne zdravstvenonegovalne obravnave pacienta, ki vključuje promocijo zdravja, zdravstveno vzgojo, izvajanje temeljnih življenjskih aktivnosti ter raziskovanje, kakovost in varnost, temelječo na etiki skrbi (Ažman, 2016).

V okviru *Zbornice – Zveze* je bil z namenom nadgradnje stroke, organizacije in raziskovanja ustanovljen Center SKOR – Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic. Čas bo pokazal, ali je center morda dobra podlaga za ustanovitev prvega samostojnega

raziskovalnega inštituta zdravstvene in babiške nege v Republiki Sloveniji. Želja, vizija in utemeljena potreba vseh mojih predhodnic je tudi lasten zakon. Toda nam nasproti stoji nezainteresiranost politike in drugih vplivnih poklicnih skupin v zdravstvu, čeprav medicinske sestre in babice predstavljajo polovico vseh zdravstvenih delavcev v državi.

Zlasti v zadnjih letih se je pokazala tudi potreba po tesnejšem medpoklicnem sodelovanju in bolj aktivnem vključevanju uporabnikov v zdravstveno obravnavo. Prihodnost so tudi številni drugi izzivi, predvsem razvoj drugih področij, zlasti medicine, ki bodo spreminjali vlogo izvajalcev zdravstvene nege. Nepredstavljivo prihodnost predstavlja tudi razvoj informacijske tehnologije vključno z varovanjem posameznikovih podatkov in etičnimi dilemami. Naša prihodnost sta tudi še višja kakovost izobraževanja in ustrezno ter s kadrovskimi normativi načrtovano zaposlovanje v zdravstveni in babiški negi. Bdeli bomo nad vsemi področji v zdravstvenem sistemu in družbi nasploh, za katere smo prepričani, da nam pripadajo in da moramo biti vanje vključeni. Verjamemo in smo prepričani, da ima prihodnost tako v naši stroki kot tudi organizaciji tudi svetle strani. Dokler bomo povezani, lojalni stroki in organizaciji, dokler se bomo združevali in ne razdruževali, se nam za slovensko zdravstveno in babiško nego ter oskrbo ni treba bati.

## Literatura

Ažman, M., 2016. Profesionalna revija kot eden od pomembnih dosežkov nacionalne strokovne organizacije: ob 50. obletnici izhajanja *Obzornika zdravstvene nege*. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 104–106.

<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.2.101>

EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/ 55/ EU, 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Available at: [https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/efn\\_smernice\\_za\\_objavo\\_na\\_spletni\\_strani\\_17\\_7\\_2015.pdf](https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/efn_smernice_za_objavo_na_spletni_strani_17_7_2015.pdf) [23. 8. 2017].

Hanlon, A., 2015. Improving healthcare outcomes and accessibility in the USA: the advanced practice nurse. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 84–89.

<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.64>

*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.

*Kodeks etike za babice*, 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester – babic Slovenije.

*Končno poročilo Delovne skupine za izdelavo poročila kadrovskih standardov za področje sekundarne in terciarne zdravstvene dejavnosti na področju zdravstvene in babiške nege – bolnišnična dejavnost*, 2015. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije– Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Organizacija absolventk šol za sestre, 1927. *Zapisnik prvega občnega zbora*. [interni vir]. Ljubljana: Organizacija absolventk šole za sestre Zavoda za socialno higiensko zaščito dece.

Poplas Susič, T., 2017. The family medicine reference clinic: an example of interprofessional collaboration within a healthcare team. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(2), pp. 112–115.

<https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.2.179>

*Zakon o spremembah in dopolnitvah določenih zakonov s področja zdravstvene dejavnosti (ZDZPZD)*, 2016. Uradni list Republike Slovenije št. 88.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2011. *Poslanstvo, vizija, vrednote*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Available at:

[http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/poslanstvo\\_vizija\\_in\\_vrednote.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/poslanstvo_vizija_in_vrednote.pdf) [24. 8. 2017].

Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1997. *Jubilejni zbornik ob 70-letnici Zveze društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Zbornice zdravstvene nege Slovenije: 1927–1997*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije.

Železnik, D., Brložnik, M., Buček Hajdarević, I., Dolinšek, M., Filej, B., Istenič, B., et al., 2008. *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Available at:

[http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc\\_attachments/poklicne\\_aktivnosti\\_in\\_kompetence08\\_0.pdf](http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/poklicne_aktivnosti_in_kompetence08_0.pdf) [24. 8. 2017].

World Health Organization, 2016. *Globalne strateške usmeritve dejavnosti zdravstvene in babiške nege 2016–2020*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/sl/who-globalne-strateske-usmeritve-dejavnosti-zdravstvene-babiske-nege-2016-2020> [24. 8. 2017].

80 let organiziranega delovanja medicinskih sester na Slovenskem, 2007. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(Suppl 1), pp. 1–82. Available at:

<http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2007.41.2.1> [24. 8. 2017].

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Ažman, M., 2017. 90 let organiziranega delovanja medicinskih sester na Slovenskem: iz preteklosti skozi sedanost v prihodnost. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), pp. 184–189. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.3.194>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

## The attitude of employees in perioperative nursing to training new employees in the workplace: an example of one organization

Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu: primer ene organizacije

Tina Oblak, Brigita Skela-Savič

**Key words:** competency assessment; development of professional competencies; professional attitude; knowledge transfer; situational learning; workplace learning

**Ključne besede:** ocena usposobljenosti; razvoj poklicnih kompetenc; profesionalni odnos; prenos znanja; situacijsko učenje; učenje na delovnem mestu

Tina Oblak, BA Nur; University Medical Center Ljubljana, Department of Perioperative Medicine, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, Slovenia

Correspondence e-mail/  
Kontaktirani e-naslov:  
tinaobla@gmail.com

Associate Professor Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN; Angela Boškin Faculty of Health Care, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenia

The article was written in relation to work performed in the Master's study programme Nursing and the related subject Evidence-based Nursing at the Angela Boškin Faculty of Health Care (2017). Članek je nastal v okviru magistrskega študija Zdravstvena nega pri predmetu Na dokazih podprta praksa v zdravstveni negi na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin (2017).

Received/Prejeto: 22. 5. 2017  
Accepted/Sprejeto: 1. 9. 2017

### ABSTRACT

**Introduction:** There has been little research on systematic training of new employees in perioperative nursing. The aim of the present study was to establish whether the attitude of the employees in perioperative nursing towards the training of new employees in the workplace is connected to their education in perioperative nursing, workload, work competence or attitude of new employees in perioperative nursing.

**Methods:** A quantitative exploratory research was performed in March 2017 and data was collected by means of a structured survey questionnaire. Perioperative nursing staff working in a selected Slovenian hospital's operating theatres, who are trained well enough to work independently ( $n = 69$ ) and have at least one year of working experience, were questioned to obtain a purposive sample. Descriptive statistics, the Pearson correlation coefficient and factor analysis are shown.

**Results:** Employees in perioperative nursing gladly transmit their knowledge and experience ( $\bar{x} = 4.79$ ), growing professionally as they do so ( $\bar{x} = 4.63$ ). They see the training of new employees as their personal challenge ( $\bar{x} = 4.17$ ). The knowledge of the respondents was shown to be a factor that is marginally positively associated ( $r = 0.278$ ,  $p = 0.021$ ) with the attitude to training new employees in the workplace. The training that experienced employees in perioperative nursing have received, their competencies, workload, and their opinion of the work of the new employees, are not connected to the attitudes they possess when training these new employees in the workplace.

**Discussion and conclusion:** The study indicates the need to establish defined criteria relating to the employment of candidates, and may contribute toward the future design of a systematic training course in perioperative nursing.

### IZVLEČEK

**Uvod:** Sistematično usposabljanje novozaposlenih v operacijski zdravstveni negi je malo raziskano. Na primeru ene zdravstvene organizacije je bil cilj ugotoviti, ali je odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu povezan z njihovim izobraževanjem iz operacijske zdravstvene nege, obremenjenostjo in usposobljenostjo za delo ter z odnosom novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi.

**Metode:** Kvantitativna eksplorativna raziskava je bila izvedena marca 2017, podatki so bili zbrani s strukturiranim vprašalnikom. V namenski vzorec so bili vključeni zaposleni v operacijski zdravstveni negi v operacijskem bloku ene izmed slovenskih bolnišnic, ki so usposobljeni za samostojno delo ( $n = 69$ ) in so imeli na tem delovnem mestu vsaj eno leto izkušenj. Za obdelavo podatkov so bili uporabljeni opisna statistika, Pearsonov koeficient korelacije in faktorska analiza.

**Rezultati:** Zaposleni v operacijski zdravstveni negi svoje znanje in izkušnje z veseljem predajajo ( $\bar{x} = 4,79$ ) ter pri tem profesionalno rastejo ( $\bar{x} = 4,63$ ), usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu jim predstavlja izziv ( $\bar{x} = 4,17$ ). Znanje anketirancev se je pokazalo kot dejavnik, ki je šibko in pozitivno povezan ( $r = 0,278$ ,  $p = 0,021$ ) z odnosom do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu. Izobraževanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, njihova usposobljenost za delo in obremenjenost na delovnem mestu ter odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi niso povezani z odnosom zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih.

**Diskusija in zaključek:** Raziskava kaže na nujnost opredelitve kriterijev za zaposlitev kandidatov in lahko pripomore k definiranju sistematičnega izobraževanja novozaposlenih v operativni dejavnosti.

## Introduction

Traditional systems of training future nurses are not suitable for the present and future needs in this area, so a new training system based on scientific methods should be developed (Granger, et al., 2011). In a complex environment, employees in perioperative nursing must have considerable knowledge and all-encompassing skills that they rarely acquire in a formal educational setting (Mitchell & Flin, 2008; Miller, 2014). Due to the aging population, increase of chronic diseases (Marsh, 2015) and shorter waiting periods, the pressure regarding time efficiency in operating theatres is constantly increasing. Moreover, employees in perioperative nursing face understaffing issues and various new work roles, which often makes them over-worked.

A didactically effective and clinically directed educational programme could contribute to a more efficient education programme in this area (Martin, 2011). Such an educational system should meet the needs of a perioperative environment and lower fluctuations of health care workers in perioperative nursing (Marsh, 2015). Martin (2011) raises awareness of the fact that all employees in perioperative nursing are not suitable as mentors despite having suitable professional qualifications for their jobs. Harvey (2012) defines mentorship as a complex process that requires responsible mentors who are aware that they are educating future generations of experts in nursing. Skela-Savič and Kiger (2015) think that mentors should be properly trained, taught to have a positive attitude towards mentorship and be introduced to all the necessary procedures that would secure a suitable quality of mentorship. Skela-Savič (2014) also draws attention to the fact that nursing is expected to take on new roles and face more challenging work tasks.

Researchers have found that mentorship is mostly hindered by insufficient support of the leadership and other members of the health care team in an institution (Kulaš, 2013; Čuk, 2014; Novak & Založnik, 2015; Žerdoner, 2015) along with the heavy workload (Kulaš, 2013; Čuk, 2014; Foran, 2015; Žerdoner, 2015). Čuk (2014) warns about the staff not having enough qualifications to act as mentors, while Novak and Založnik (2015) state that nurses who have completed a Bachelor of Nursing Degree feel that they are qualified enough and that they have sufficient theoretical and practical knowledge to act as mentors.

In perioperational nursing there is no systematic training of new employees. According to Marsh (2015), the surgical environment is dynamic, involves advanced technology and is therefore full of unpredictable situations that can only be managed if the employees have complex knowledge of the subject. It is often the case that new employees are not qualified enough for this. From the point of view of safer health care and ethics it would be better to work in an experienced

health care team and in a work environment where knowledge would not be transferred directly when providing nursing care to a patient.

### *Aims and objectives*

The purpose of the study was to establish the attitude of employees in perioperative nursing towards training new employees in the workplace. The objectives were to define the factors that represent an obstacle in the training of new employees in the workplace. Based on this, the following hypotheses were made:

H1: The employees in perioperative nursing that regularly undertake professional development in their professional field have a positive attitude towards the training of new employees in the workplace.

H2: The attitude of employees in perioperative nursing to training employees in the workplace is connected to work overload of the employees in perioperative nursing.

H3: The competencies of the employees in perioperative nursing are connected to their attitude towards training new employees in the workplace.

H4: The attitude of the employees in perioperative nursing to training new employees in the workplace is connected to the attitude of new employees to perioperative nursing.

## Methods

A quantitative explorative research was conducted.

### *Description of the research instrument*

A structured questionnaire was used for data collection, that we designed for this purpose especially. The basis for designing a questionnaire was literature review (Kulaš, 2013; Novak & Založnik, 2015; Žerdoner, 2015) with a few questions written especially for the purposes of this research project. The questionnaire contained 3 closed-ended questions relating to different topics.

In the first two sets the respondents expressed their opinions by means of the following Opinion Scale/ Likert Questions: 1 – Strongly Disagree; 2 – Disagree; 3 – Neither Agree nor Disagree; 4 – Agree; 5 – Strongly Agree. The first set of questions defined the knowledge and qualifications of the employees in perioperative nursing, their satisfaction at work and their attitude to training new employees in the workplace. This set contained 24 questions. The other set of questions defined the factors that have an effect on the efficiency of training new employees in the workplace. This set that describes in great detail the role of the leadership, the workload, and the knowledge and attitude of new employees in perioperative nursing, contained 23 questions.

Table 1: Variables formed by a factor analysis and the value of the Cronbach alpha coefficient

Tabela 1: Spremenljivke, oblikovane s faktorsko analizo, s pripadajočimi vrednostmi koeficienta Cronbach alfa

<i>Subassembly of the questionnaire/Podsklop vprašalnika</i>	<i>Cronbach alpha coefficient value for subassembly/Koeficient Cronbach alfa za podsklop</i>	<i>Cronbach alpha coefficient value for a single factor/Koeficient Cronbach alfa za posamezen faktor</i>	<i>Factor/Faktor</i>
Training of new employees in the workplace	0.728	0.728	F1
Knowledge and competencies of employees in perioperative nursing	0.629	0.717	F2
		0.279	F3
Job satisfaction	0.825	0.865	F4
		0.815	F5
Role of the leadership	0.908	0.908	F6
Workload	0.684	0.683	F7
		0.634	F8
Knowledge and attitude of new employees in the workplace	0.823	0.823	F9

*Legend/Legenda: F1 – training of new employees in the workplace/usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu; F2 – knowledge of employees in perioperative nursing/znanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi; F3 – competencies of employees in perioperative nursing/usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi; F4 – overall job satisfaction/splošno zadovoljstvo na delovnem mestu; F5 – additional capabilities in the workplace/dodatne zmožnosti na delovnem mestu; F6 – role of the leadership/vloga vodstva; F7 – time workload at the workplace/časovna obremenjenost na delovnem mestu; F8 – workload in the operating theatre/delovna obremenjenost v operacijski dvorani; F9 – knowledge and attitude of new employees in the workplace/znanje in odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi*

The third set of questions defined demographic data and characteristics of the profession of a perioperative nurse. In this set, data was collected on the basis of 16 questions. We focused on the basic demographic data (age, years of employment, education in the field and outside nursing) and types of work that perioperative nurses engaged in. We were also interested in training and participation in the Professional group of nurses and health technicians in surgery at the Nurses and Midwives Association of Slovenia or other professional association in the last five years. The respondents answered the questions with 'Yes' or 'No'. The respondents also rated job satisfaction, their competencies to work in perioperative nursing and for training new employees in the workplace on the scale from 1 to 5 (1 – Unsatisfactory; 2 – Satisfactory; 3 – Good; 4 – Very Good; 5 – Excellent). The employees in perioperative nursing also expressed their opinions as to how often they trained new employees in the workplace, and if, while acting as mentors to new employees they worked fewer hours as perioperative nurses and whether they were paid for the mentorship. We were also interested in their opinion regarding the knowledge and significance of the criteria for selecting the candidates to work in perioperative nursing. The respondents answered the last four questions with 'Yes' or 'No'.

We measured the internal consistency of the

questionnaire by calculating Cronbach's alpha, taking the recommended values from authors Tavakol and Dennick (2011). The value of the Cronbach alpha for the first and second set was 0.839, which showed a good reliability of the questionnaire (Tavakol & Dennick, 2011). To decrease the large number of questions we used a factor analysis using the method of principle components. For a clearer structure of questions, varimax rotation was used. For each subassembly of the questionnaire we designed new variables/components (Table 1) whereby we followed the basic rules of the result: a good component explains at least 60 % of the whole variance: the variables in the component are inter-related; the component is of at least acceptable reliability or the value of the Cronbach alpha coefficient is higher than 0.60 (Field, 2009). Such new variables/components were used for testing the hypotheses.

### *Description of the research sample*

We used a census representing all the employees in perioperative nursing in the studied health care organization. It included all those employees in perioperative nursing that had had at least one year of experience in this workplace. The questionnaire was distributed to 93 employees. We received 69 (74.19 %)

completed questionnaires. The average age of the respondents was 40.4 years ( $s = 9.336$ ), the youngest was 26 years and the oldest was 62 years. Their average years of employment totalled 17.9 years ( $s = 10.412$ ), the least was two years and the most was 39 years. The respondents' average years of employment in the current job position was 14.8 years ( $s = 9.411$ ), at least was one year and the most was 39 years. Three respondents (4 %) did not answer this question. In terms of the education level the following health care workers participated in the study: 3 (4.3 %) nurses with completed secondary school for nursing, 12 (17.4 %) nurses with completed college education, 49 (71 %) nurses with a Bachelor of Nursing Degree and 4 (5.8 %) with a Master's Degree in Nursing. Five (7.2 %) respondents also had university qualifications earned before the Bologna model of education in a field other than nursing. In the last five years (since 2012) 50.7 % ( $n = 35$ ) respondents participated in training quality and safety in nursing training, 7.2 % ( $n = 5$ ) in research in nursing, 50.7 % ( $n = 35$ ) in ethics in nursing, 11.6 % ( $n = 8$ ) in topics related to mentorship in nursing and 72.5 % ( $n = 50$ ) in perioperative nursing. Two respondents did not answer the question regarding the attendance at training sessions. All the respondents work in the morning shift ( $n = 69$ ), 55 (79.7 %) in the afternoon shift, 56 (81.25 %) in emergency, 34 (49.35 %) were on call for transplants and 36 (52.2 %) in the additional operative programme.

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

An anonymous volunteer research was conducted after obtaining a written consent from the Group for research in nursing and midwifery in the studied health care institution. The survey was conducted from 9 to 20 March 2017. The questionnaires were distributed in operating theatres and due to a long absence from work 8.6 % of a total of 93 respondents were sent the questionnaire by post to their permanent addresses. The respondents returned the completed questionnaires in a closed, blank envelope to a box in

the administration office of the operating theatre.

Descriptive statistics was used to provide a general overview of the analysed data, whereby the mean values, standard deviation, frequencies and percentages were calculated. The mean values and standard deviation were calculated with the data about the age of the respondents and at the grades for job satisfaction. The frequencies and percentages were calculated with the data on the type of work of the respondents, education level, type of education, evaluation of the capacities for working in perioperative nursing, evaluation of capacities for training new employees in the workplace, and knowledge and evaluation of the significance of the criteria for employment in perioperative nursing. To determine a lower number of linear combinations of measured variables, the principle components with varimax rotation method was used in factor analysis. The data was analysed using the SPSS ver. 21.0 programme (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). For data processing we used descriptive statistics, Pearson correlation coefficient and factor analysis. We considered statistical difference at value 0.05.

## **Results**

Five (7.2 %) respondents train new employees in the workplace every day, 17.4 % ( $n = 12$ ) a few times a week, 30.4 % ( $n = 21$ ) a few times a month, 26.1 % ( $n = 18$ ) a few times a year, 18.8 % ( $n = 13$ ) of the respondents do not train new employees in the workplace at all. 3 (4.3 %) respondents said they worked less time in their job position whilst training new employees in the workplace, with 65 (94.2 %) respondents both roles intertwine in the workplace and one respondent did not answer the question. 5 (7.2 %) respondents were compensated for providing training to new employees in the workplace, 62 (89.9 %) were not compensated and 2 respondents did not answer this question.

During the last five years (since 2012), 20.6 % ( $n = 14$ ) respondents have been actively involved with the Professional group of nurses and health technicians in surgery at the Nurses and Midwives Association of Slovenia or some other professional association. One

Table 2: *Training new employees in the workplace*

Tabela 2: *Usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu*

<i>Statements/Trditve</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>FI</i>
All employees in perioperative nursing must transfer our knowledge.	69	4.60	0.878	0.731
I am pleased to share my knowledge and experience.	69	4.79	0.472	0.801
In sharing my knowledge and information I grow professionally.	69	4.63	0.617	0.881
Training of new employees in the workplace is a challenge for me.	68	4.17	0.945	0.686
Training new employees in the workplace burdens me.	67	2.68	1.221	/
When I started working as a perioperative nurse, I had the support of my older colleagues.	69	3.81	0.974	/

*Legend/Legenda: n – number/število;  $\bar{x}$  – average/povprečje; s – standard deviation/standardni odklon; FI – training new employees in the workplace/usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu*

respondent did not answer the question relating to nursing associations. The respondents evaluated their job satisfaction with an average grade of 3.3 ( $s = 0.827$ ), their capacities for working in perioperative nursing with 4.3 ( $s = 0.620$ ) and their capacity for training new employees in the workplace with 3.52 ( $s = 0.867$ ).

5.85 % ( $n = 4$ ) of respondents answered the question on whether they were aware of any other criteria used in the selection of the candidates for work in perioperative nursing in addition to relevant education and completed medical examination with 'Yes', while 94.2 % ( $n = 65$ ) answered 'No'. Setting additional criteria

for selecting the candidates for work in perioperative nursing seems important to 65 (95.6 %) respondents, to 3 (4.4 %) it does not seem important, and one respondent did not answer this questions.

The attitude of employees in perioperative nursing towards training new employees in the workplace and to the knowledge and skills of the employees in perioperative nursing is shown in Tables 2 and 3.

The answers to the questions related to work overload in the workplace and on the knowledge and attitude of new employees towards work in perioperative nursing are shown in Tables 4 and 5.

Table 3: *Knowledge and skills of employees in perioperative nursing*

Tabela 3: *Znanje in usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi*

<i>Statements/Trditve</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>
I have enough knowledge to work in my professional field.	69	4.27	0.764	0.727	0.217
My training in the workplace included training in all areas of surgery.	69	3.10	1.250	0.342	0.688
I follow research studies published in the field of perioperative nursing.	69	3.52	0.933	/	/
I have enough practical knowledge to train new employees in the workplace.	69	4.01	0.757	0.895	0.136
I have enough theoretical knowledge to train new employees in the workplace.	69	3.85	0.827	0.765	0.082
I have enough knowledge in teaching methodology to train new employees in the workplace.	69	3.14	1.032	0.583	-0.359
I would like to attend more training sessions in the field of training new employees.	69	4.00	0.907	/	/
Training workshops on the subject of training new employees in the workplace in perioperative nursing would contribute to more efficient training of new employees in the workplace.	69	4.57	0.774	-0.570	0.743
Employees in perioperative nursing train new employees in the workplace in a similar way.	69	3.55	0.993	/	/

*Legend/Legenda: n – number/število;  $\bar{x}$  – average/povprečje; s – standard deviation/standardni odklon; F2 – knowledge of employees in perioperative nursing/znanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi; F3 – competence of employees in perioperative nursing/usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi*

Table 4: *Workload in the workplace*

Tabela 4: *Obremenjenost na delovnem mestu*

<i>Statements/Trditve</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>F7</i>	<i>F8</i>
Due to my work duties I cannot dedicate as much time as would be needed to training new employees in the workplace.	68	3.86	0.991	0.835	-0.079
Due to training new employees at the workplace I do not manage to complete all my work duties.	68	2.83	1.001	0.853	0.098
Training new employees in the workplace shortens the time I have for a break.	68	3.14	1.068	0.558	0.481
Training a new employee in the workplace during a perioperative procedure represents additional workload.	68	3.36	1.035	0.394	0.638
Due to training a new employee at the workplace the work in the operating theatre is slowed down.	68	2.69	0.996	0.118	0.772
Despite training a new employee at the workplace the work in the operating theatre is always smooth.	67	3.77	0.849	-0.255	0.812
During the training of a new employee the team of health care workers in the operating theatre should be larger.	68	4.01	0.954	/	/

*Legend/Legenda: n – number/število;  $\bar{x}$  – average/povprečje; s – standard deviation/standardni odklon; F7 – time workload at the workplace/časovna obremenjenost na delovnem mestu; F8 – workload in the operating theatre/obremenjenost v operacijski dvorani*



Table 5: *Knowledge and attitude of new employees in the workplace*  
 Tabela 5: *Znanje in odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi*

<i>Statements/Trditve</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>F9</i>
The level of general knowledge that new employees obtain during the course of their schooling at faculties is sufficient.	69	2.42	0.897	/
The knowledge of new employees in perioperative nursing is insufficient.	69	3.71	1.072	/
New employees follow instructions for work in perioperative nursing.	69	3.86	0.684	0.760
New employees are respectful towards the employees in perioperative nursing.	69	3.82	0.785	0.691
The new employees are motivated for acquiring new knowledge and experience.	69	3.75	0.715	0.815
New employees in perioperative nursing show initiative.	69	3.18	0.791	0.774
New employees in perioperative nursing are self-critical.	69	3.01	0.882	0.798

*Legend/Legenda: n – number/število;  $\bar{x}$  – average/povprečje; s – standard deviation/standardni odklon; F9 – knowledge and attitude of new employees in the workplace/znanje in odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi*

### Verification of hypotheses

Hypotheses were verified with the Pearson correlation coefficient (Table 6). Hypothesis 1 was verified with two questions that point at need for additional training in perioperative nursing. With other hypotheses the connection between components of various subassemblies of questions was verified.

Hypothesis 1, The employees in perioperative nursing that regularly undertake professional development in their professional field, have a positive attitude towards the training of new employees in the workplace, was rejected. We used two factors for verifying the hypothesis and found that following research in perioperative nursing ( $r = 0.211, p = 0.085$ ) and additional training in perioperative nursing ( $r = -0.097, p = 0.435$ ) are not connected with a positive attitude of the employees in perioperative nursing to training of new employees in the workplace.

Hypothesis 2, The attitude of employees in perioperative nursing to training new employees in the workplace is connected to work overload of the employees in perioperative nursing, was rejected. We used two factors for verifying the hypothesis and found that time workload of the employees in perioperative nursing ( $r = 0.087, p = 0.484$ ) and the workload in the operating theatre ( $r = -0.105, p = 0.396$ ) are not connected to the attitude of the employees in perioperative nursing towards new employees in the workplace.

Hypothesis 3, The competencies of the employees in perioperative nursing are connected to their attitude towards training new employees in the workplace, was partially confirmed. Two factors were used for verifying the hypothesis. We found that the competencies of employees in perioperative nursing ( $r = 0.032, p = 0.795$ ) are not connected to their attitude to training new employees in the workplace. In verifying the evaluations of knowledge of the employees in perioperative nursing we found that the attitude of the employees in perioperative nursing is statistically

significantly connected to training new employees in the workplace ( $p = 0.021$ ). The connection is weak ( $r = 0.278$ ), and positive, which means that the greater the knowledge of employees in perioperative nursing, the better their relationship to training new employees in the workplace is.

Hypothesis 4, The attitude of the employees in perioperative nursing to training new employees in

Tabela 6: *Correlation of employees' attitude in perioperative nursing towards training new employees in the workplace with the most relevant factors*

Table 6: *Korelacije odnosa zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu z najpomembnejšimi faktorji*

<i>Hypotheses/Hipoteze</i>	<i>Factor/Faktor</i>	<i>r</i>
H1	F1	0,211
	F2	-0,097
H2	F5	0,087
	F6	-0,105
H3	F7	0,278
	F8	0,032
H4	F9	0,058

*Legend/Legenda: H1 – education/izobraževanje; H2 – workload/obremenjenost; H3 – competence/usposobljenost; H4 – attitude of new employees/odnos novozaposlenih; F1 – following research from perioperative nursing/sledenje raziskavam iz operacijske zdravstvene nege; F2 – learning in perioperative nursing/izobraževanje iz operacijske zdravstvene nege; F5 – time workload in perioperative nursing/časovna obremenjenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi; F6 – workload in the operating theatre/obremenjenost v operacijski dvorani; F7 – knowledge in perioperative nursing/znanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi; F8 – competence in perioperative nursing/usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi; F9 – attitude of new employees in the workplace/odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi; r – Pearson correlation coefficient/Pearsonov koeficient korelacije*

the workplace is connected to the attitude of new employees to perioperative nursing, was rejected. The research showed that the attitude of new employees towards work in perioperative nursing is not connected to the attitude of the employees in perioperative nursing to training new employees in the workplace ( $r = 0.058, p = 0.641$ ).

## Discussion

The research has shown that the employees in perioperative nursing in one health care institution strongly agree with the claim that they should transfer their knowledge forward. Their attitude towards the training of new employees in the workplace is positive and they are happy to transfer their knowledge and experience and thus grow professionally. This might be the result of a positive experience that they had in the past when they enjoyed support from experienced colleagues while starting their own careers in perioperative nursing. Žerdoner (2015) and Ramšak Pajk (2008) also assign a positive role to mentorship. In her research Žerdoner (2015) found that the process assists the professional development of mentors, while Ramšak Pajk (2008) is of the opinion that mentorship increases the mentors' professional loyalty, their self-consciousness, job satisfaction and contributes to their career development. A little surprising is the finding that the employees did not think training new employees in the workplace was stressful considering that in her previous research Čuk (2014) found that teaching in a clinical setting was an extra workload for the mentors. Conducting mentorship in perioperative nursing is very specific also due to the fact that at least two employees in perioperative nursing work together at all times and maybe it is precisely this fact that establishes a positive attitude towards training new employees in the workplace. The employees in perioperative nursing know from experience that in the future they will themselves depend on the skills of the employees in perioperative nursing.

From the results of other sets of our research it can be said that those included in the research do not agree that they could take on any other work duties, which is otherwise not true for undertaking more complex work challenges. This points to the fact that employees in perioperative nursing are overworked. Similarly, Kulaš (2013) and Žerdoner (2015) emphasised the workload of clinical mentors in the workplace, while Čuk and Hvala (2009) mention workload, long working hours, difficulties in performing work duties and various risks that the mentors and other health care workers are exposed to as some of the issues that occur during mentorship. Due to training a new employee in the workplace, work in the operating theatre is not disturbed nor is it slowed down. However, according to the respondents, there should be more perioperative nursing employees included in the operating theatre

working team during new employee training in the workplace. Therefore, we can conclude that the respondents are aware of the responsibility for a safe and high quality nursing care that they provide to a patient while training a new employee. Robida (2013) says that for clinical mentors it is not only the teaching of technical skills that is important, but also the knowledge on the safety of patients. During training, the employees in perioperative nursing do not burden other members of the health care team owing to their timely and professional intervention in perioperative nursing, however, they think that while training a new employee in the workplace, the perioperative nursing team should be larger, which shows that the process of training new employees during surgery, is actually an extra workload for them.

The latter is also in accordance with the following findings of our research: due to the training of new employees in the workplace perioperative nurses cannot complete all of their work duties and their break time is shorter. In addition, new perioperative nurses should be allocated as much time as they need. Also, Lorber and Donik (2009) mention that foremost a mentor should do their job nursing a patient professionally yet at the same time they are expected to transfer their knowledge and skills and dedicate enough time to mentoring. It must be emphasised that more employees in the operating theatre alone will not decrease the workload of the employees in perioperative nursing. Attention must be brought to the competencies of the staff.

Employees in perioperative nursing have ample professional knowledge as they evaluated their skills to perform the work in perioperational nursing as very high. We have found that the respondents in our research on training new employees in the workplace do not lack professional, practical or theoretical knowledge. On the other hand, employees in perioperative nursing claim that they do not have enough knowledge related to teaching to be able to train new employees in the workplace. This is no surprise as the respondents mostly attend trainings with a focus on perioperative nursing and ethics in nursing as well as quality and safety in nursing. The respondents practically receive no training relating to mentorship and research in nursing. In her research Čuk (2014) has also found that mentors do not have enough competencies and need additional knowledge of teaching methodology, while Lorber and Donik (2009) mention that mentors have a lot of practical experience, but often face a problem as to how to transfer their practical knowledge as they do not have enough knowledge in teaching methodology. The respondents would like to have more training in how to train new employees in perioperative nursing and feel that workshops on training new employees in perioperative nursing in the workplace could contribute to more efficient training of new employees

in the workplace. Considering the expressed need and will of the respondents it might prove beneficial to implement a systematic system of training that could be conducted in simulation centres (Granger, et al., 2011). In the development and implementation of the entire educational system, competent experts from educational institutions should take part.

Employees in perioperative nursing agreed that the level of knowledge that new perioperative nurses obtained during the course of their studies at faculties or higher education institutions is not sufficient and also that their knowledge on perioperative nursing is not sufficient. Moreover, in the research conducted in several Slovenian hospitals, Brdnik (2013) found that the knowledge that a nurse with a Bachelor Degree in Nursing obtained in the course of their undergraduate studies does not provide them with enough professional knowledge in perioperative nursing. Some faculties have started to introduce courses in perioperative nursing at the undergraduate level. The implementation of specialist studies in perioperative nursing taught and assessed by experts in the field would fill the void in this professional area. We should not forget that tertiary education in nursing is only limited to general health care and that specialist knowledge and competencies should be developed within post-graduate specialisations. The respondents also feel that new employees in the workplace lack self initiative and that they are not critical enough of their own work. On the other hand, the respondents think that the new employees in the workplace are motivated to acquire new knowledge and experience, and that their attitude towards the employees in perioperative nursing is respectful. They also follow the instructions for work in perioperative nursing. It might be necessary to acquire additional knowledge for identification and understanding of the specific needs of the Generation Y and then seize their advantages, especially their dedication to team work and the fact that most of them are very tech-savvy (Sherman, 2015).

In the future the opinions of the new employees in the workplace about their training in perioperative nursing should be looked into and how employees in perioperative nursing understand their competencies should be researched. Gillespie and colleagues (2009) state that the employees' knowledge, teamwork abilities, communication and coordination skills as well as handling of new situations should be considered.

We conducted a study in one institution, so the results cannot be generalised to all comparable health care institutions or work areas. The limitation of the study conducted in only one institution is that we also included employees in perioperative nursing who perform their jobs in an outpatient clinic ( $n = 10$ ). Due to the type of surgery that they perform in this unit, the complexity of job duties and the competencies of the employees in perioperative nursing are lower.

These perioperative nurses consequently do not perform duties in transplantation procedures and in the emergency room. They also generally do not train new employees in the workplace. Attention should be brought to the value of the Pearson correlation coefficient which points only to a weak and positive connection between the attitude of the employees in perioperative nursing and the knowledge of the employees in perioperative nursing. In addition, the research is an opportunity to introduce improvements in the studied institution and points at the significance of conducting research on a representative sample of this activity in Slovenia and could contribute to a systemic organisation and definition of post-graduate studies in this field in Slovenia.

## Conclusion

The process of training new employees in the workplace does generally not represent additional workload, but is a pleasure for the respondents. In direct training of new employees during surgery the team should consist of more members whereby their skills for conducting training of new employees should be considered. It would be wise to organise training courses on the topic of training new employees in the workplace, organise workshops in a simulation centre and expand training of employees in perioperative nursing. For effective training of new employees in perioperative nursing, a holistic and applicative educational programme in a clinical setting should be implemented; a systematic training course that would be based on gradual building of knowledge – from the basics in perioperative nursing to highly specific activities restricted to an individual surgical area. Experts in this area and other experts should be invited to develop a strategy of training new employees in perioperative nursing. The approach to the strategy should be scientific and should consider all the involved parties. Finally, appropriate criteria for the selection of suitable candidates for employment in such a specific health care area should be developed.

---

*Slovenian translation/Prevod v slovenščino*

## Uvod

Tradicionalno zasnovani sistemi usposabljanja v zdravstvu za potrebe sedanjosti in prihodnosti niso več sprejemljivi, treba je razviti izobraževalni sistem, ki bo osnovan na znanstvenih metodah (Granger, et al., 2011). Zaposleni v operacijski zdravstveni negi morajo v tem kompleksnem okolju posedovati poglobljena znanja in vsestranske veščine, ki jih v sklopu formalnega pridobivanja znanja ne osvojijo (Mitchell & Flin, 2008; Miller, 2014). Zaradi starajoče se populacije, povečane prevalece kroničnih bolezni

(Marsh, 2015) in nenazadnje zaradi zmanjševanja čakalnih dob se pritiski glede izkoriščenosti časa v operacijskih dvoranah nenehno stopnjujejo. Zaposleni v operacijski zdravstveni negi se soočajo s kadrovskim primanjkljajem in številnimi novimi delovnimi vlogami, zaradi česar so preobremenjeni.

Didaktično učinkovit in klinično usmerjen izobraževalni program bi lahko pripomogel k učinkovitejšemu izobraževanju strokovnjakov na tem področju (Martin, 2011). Tak izobraževalni sistem bi moral zadostiti potrebam operacijskega okolja in hkrati pripomoči tudi k manjši fluktuaciji zdravstvenega kadra v tej dejavnosti (Marsh, 2015). Martin (2011) navaja, da se moramo zavedati, da vsi zaposleni v operacijski zdravstveni negi niso primerni mentorji, čeprav imajo primerno izobrazbo in so za opravljanje svojega poklica strokovno usposobljeni. Harvey (2012) mentorstvo opredeljuje kot kompleksen proces, ki od izvajalcev terja visoko stopnjo odgovornosti, temelječe tudi na zavedanju, da se v procesu mentorstva dejansko oblikujejo naslednje generacije strokovnjakov v zdravstveni negi. Skela-Savič in Kiger (2015) sta mnenja, da je za mentorje treba zagotoviti ustrezno usposabljanje, in sicer takšno, ki spodbuja pozitivno kulturo mentorstva in vzpostavlja potrebne operativne postopke za zagotavljanje njegove kakovosti. Skela-Savič (2014) opozarja še, da se od zdravstvene nege pričakuje, da bo prevzela odgovornost za nove vloge v zdravstveni obravnavi in se soočila z zahtevnejšimi oblikami dela.

Raziskovalci ugotavljajo, da mentorstvo ovirata predvsem nezadostna podpora vodstva in ostalih članov zdravstvenega tima organizacije (Kulaš, 2013; Čuk, 2014; Novak & Založnik, 2015; Žerdoner, 2015) ter obremenjenost na delovnem mestu (Kulaš, 2013; Čuk, 2014; Foran, 2015; Žerdoner, 2015). Kot moteč dejavnik je bilo izpostavljeno tudi neurejeno področje financiranja (Kulaš, 2013; Novak & Založnik, 2015; Žerdoner, 2015). Čuk (2014) opozarja na prenizko stopnjo usposobljenosti za mentorstvo, Novak in Založnik (2015) pa po drugi strani navajata, da se diplomirane medicinske sestre čutijo dovolj usposobljene ter opremljene z dovolj teoretičnega in praktičnega znanja.

V operacijski zdravstveni negi sistematičnega usposabljanja novozaposlenih ni zaznati. Kot pravi Marsh (2015), je operacijsko okolje dinamično in vključuje napredno tehnologijo, kot tako pa je polno nepredvidljivih situacij, ki jih je možno obvladati le s kompleksnim znanjem. Nemalokrat se izkaže, da so novozaposleni na delovnem mestu za slednje nezadostno usposobljeni. S stališča varne zdravstvene obravnave in etike bi bilo primernejše delati v utečenem zdravstvenem timu in v delovnem okolju, kjer se posredovanje znanja ne bi izvajalo neposredno pri zdravstveni obravnavi pacienta.

### *Namen in cilji*

Namen raziskave je bil ugotoviti odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja

novozaposlenih na delovnem mestu. Cilj raziskave je bil opredeliti opredeliti dejavnike, ki proces usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu ovirajo. Na podlagi tega so bile postavljene naslednje hipoteze:

H1: Zaposleni v operacijski zdravstveni negi, ki se na področju operacijske zdravstvene nege dodatno izobražujejo, vzpostavljajo pozitiven odnos do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu.

H2: Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu je povezan z delovno obremenjenostjo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi.

H3: Usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi je povezana z njihovim odnosom do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu.

H4: Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu je povezan z odnosom novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi.

### **Metode**

Izvedena je bila kvantitativna eksplorativna raziskava.

#### *Opis instrumenta*

Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturirani vprašalniki, ki smo ga oblikovali posebej za ta namen. Osnova za oblikovanje vprašalnika je bil pregled literature (Kulaš, 2013; Novak & Založnik, 2015; Žerdoner, 2015), nekaj vprašanj pa je bilo sestavljenih posebej za potrebe tega raziskovalnega projekta. Vprašalnik je vseboval 3 vsebinsko ločene sklope vprašanj zaprtega tipa.

V prvih dveh sklopih so se anketiranci opredeljevali po Likertovi lestvici stališč (1 – nikakor se ne strinjam; 2 – ne se strinjam; 3 – niti – niti; 4 – strinjam se; 5 – popolnoma se strinjam). Prvi sklop vprašanj je opredeljeval znanje in usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, njihovo zadovoljstvo pri delu ter njihov odnos do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu. Ta sklop je vseboval 24 vprašanj. Drugi sklop vprašanj je opredeljeval dejavnike, ki vplivajo na učinkovitost usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu. V tem sklopu, ki natančneje opisuje vlogo vodstva, obremenjenost na delovnem mestu ter znanje in odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi, je bilo postavljenih 23 vprašanj.

Tretji sklop vprašanj je opredeljeval demografske podatke in značilnosti zaposlitve v operacijski zdravstveni negi. V tem sklopu smo podatke zbirali na podlagi 16 vprašanj. Osredotočili smo se na osnovne demografske podatke (starost, delovna doba, izobrazba na področju in izven področja zdravstvene nege) in oblike dela, v katerih zaposleni na tem delovnem mestu sodelujejo. Zanimali so nas tudi podatki o

Tabela 1: *Spremenljivke, oblikovane s faktorsko analizo, s pripadajočimi vrednostmi koeficienta Cronbach alfa*  
 Table 1: *Variables formed by a factor analysis and the value of the Cronbach alpha coefficient*

<i>Podsklop vprašalnika/ Subassembly of the questionnaire</i>	<i>Koeficient Cronbach alfa za podsklop/Cronbach alpha coefficient value for subassembly</i>	<i>Koeficient Cronbach alfa za posamezen faktor/Cronbach alpha coefficient value for a single factor</i>	<i>Faktor/Factor</i>
Usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu	0,728	0,728	F1
Znanje in usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi	0,629	0,717	F2
		0,279	F3
		0,865	F4
Zadovoljstvo pri delu	0,825	0,815	F5
		0,908	F6
Vloga vodstva	0,908	0,908	F6
		0,683	F7
Obremenjenost na delovnem mestu	0,684	0,634	F8
		0,823	F9
Znanje in odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi	0,823	0,823	F9

*Legenda/Legend: F1 – usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu/training new employees in the workplace; F2 – znanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi/knowledge of employees in perioperative nursing; F3 – usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi/competence of employees in perioperative nursing; F4 – splošno zadovoljstvo na delovnem mestu/overall job satisfaction; F5 – dodatne zmožnosti na delovnem mestu/additional capabilities in the workplace; F6 – vloga vodstva/leadership role; F7 – časovna obremenjenost na delovnem mestu/time workload at the workplace; F8 – delovna obremenjenost v operacijski dvorani/workload in the operating theatre; F9 – znanje in odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi/knowledge and attitude of new employees in the workplace*

izobraževanjih in aktivnem sodelovanju pri Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ali pri drugem strokovnem društvu v zadnjih petih letih. Na ta vprašanja so anketirani odgovorili pritrdilno ali nikalno. Anketirani so ocenili tudi svoje zadovoljstvo na delovnem mestu in svojo usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi ter za usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu, ocene so podali po lestvici od 1 do 5 (pomen: 1 – nezadostno; 2 – zadostno; 3 – dobro; 4 – prav dobro; 5 – odlično). Zaposleni v operacijski zdravstveni negi so se opredelili tudi do tega, kako pogosto usposabljaajo novozaposlene na delovnem mestu, ali so pri tem razbremenjeni aktivne vloge v delovnem procesu ter ali so za to prejeli plačilo. Zanimalo nas je tudi mnenje o poznavanju in pomembnosti kriterijev za izbor kandidatov za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi. Na zadnja štiri vprašanja so anketiranci odgovarjali pritrdilno ali nikalno.

Preverjanje notranje konsistentnosti vprašalnika je bilo izvedeno z izračunom koeficienta Cronbach alfa, pri čemer smo priporočljive vrednosti povzeli po avtorjih Tavakol in Dennick (2011). Vrednost koeficienta Cronbach alfa za prvi in drugi vsebinski

sklop skupaj je znašala 0,839, kar je pokazalo dobro zanesljivost vprašalnika (Tavakol & Dennick, 2011). Za reduciranje velikega števila vprašanj smo uporabili faktorsko analizo z metodo glavnih komponent. Za bolj jasno strukturo vprašanj po komponentah smo uporabili rotacijo varimax. Za vsak podsklop vprašanj smo oblikovali nove spremenljivke – komponente (Tabela 1), pri čemer smo sledili osnovnim pravilom rezultata: dobra komponenta pojasnjuje vsaj 60 % celotne variance; spremenljivke v komponenti so med seboj povezane; komponenta je vsaj sprejemljive zanesljivosti oz. mora biti pri tej komponenti vrednost koeficienta Cronbach alfa večja od 0,60 (Field, 2009). Tako oblikovane nove spremenljivke – komponente – smo v nadaljevanju uporabili za preverjanje hipotez.

### *Opis vzorca*

Uporabili smo cenzus, predstavljali so ga vsi zaposleni v operacijski zdravstveni negi v proučevani zdravstveni organizaciji. Vključeni so bili tisti zaposleni v operacijski zdravstveni negi, ki imajo na tem delovnem mestu več kot eno leto delovnih izkušenj. Vprašalnik je bil razdeljen med 93 zaposlenih. Prejeli smo 69 (74,19 %) izpolnjenih vprašalnikov. Povprečna starost anketiranih je bila 40,4 let ( $s = 9,336$ ), najmanj 26 let in največ 62 let. Njihova povprečna skupna delovna doba

je bila 17,9 let ( $s = 10,412$ ), najmanj dve leti in največ 39 let. Povprečna delovna doba anketiranih na trenutnem delovnem mestu je znašala 14,8 let ( $s = 9,411$ ), najmanj eno leto in največ 39 let. Trije anketirani (4 %) se do teh vrednosti niso opredelili. V raziskavi so glede na izobrazbeno strukturo v zdravstveni negi sodelovale 3 (4,3 %) srednje medicinske sestre, 12 (17,4 %) višjih medicinskih sester, 49 (71 %) diplomiranih medicinskih sester in 4 (5,8 %) magistrice zdravstvene nege. Pet (7,2 %) anketiranih je imelo doseženo tudi izobrazbo izven zdravstvene nege, in sicer univerzitetno izobrazbo, doseženo pred uvedbo bolonjskega procesa. V zadnjih petih letih (od 2012) se je 50,7 % ( $n = 35$ ) anketiranih udeležilo izobraževanja iz kakovosti in varnosti v zdravstveni negi, 7,2 % ( $n = 5$ ) iz raziskovanja v zdravstveni negi, 50,7 % ( $n = 35$ ) iz etike v zdravstveni negi, 11,6 % ( $n = 8$ ) iz vsebin mentorstva v zdravstveni negi in 72,5 % ( $n = 50$ ) iz vsebin operacijske zdravstvene nege. Dva anketirana se do udeležbe na izobraževanjih nista opredelila. V dopoldanski izmeni sodelujejo vsi anketirani ( $n = 69$ ), v popoldanski izmeni 55 (79,7 %), v dežurni službi 56 (81,25 %), v pripravljenosti za transplantacijsko dejavnost 34 (49,35 %) in v dodatnem operativnem programu 36 (52,2 %) anketiranih.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anonimno prostovoljno raziskavo smo izvedli po pridobitvi pisnega soglasja Skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v proučevani zdravstveni organizaciji. Anketiranje je potekalo od 9. do 20. marca 2017. Vprašalnike smo razdelili po operacijskih dvoranah operacijskega bloka, zaradi daljše odsotnosti na delovnem mestu smo 8,6 % izmed 93 vključenih v raziskavo vprašalnik poslali po pošti na naslov njihovega stalnega prebivališča. Izpolnjene vprašalnike so anketiranci v zaprti, neoznačeni kuverti vračali v zbirno škatlo v tajništvu operacijskega bloka.

Za splošni pregled analiziranih podatkov smo uporabili opisno statistiko, pri čemer smo izračunali srednje vrednosti, standardni odklon, frekvence in

odstotke. Srednje vrednosti in standardni odklon smo izračunali pri podatkih o starosti anketiranih in pri ocenah njihovega zadovoljstva na delovnem mestu, frekvence in odstotke smo izračunali pri podatkih o oblikah dela anketiranih, stopnji izobrazbe, vrsti izobraževanj, oceni usposobljenosti za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi, oceni usposobljenosti za usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu in pogostosti usposabljanja ter poznavanju in oceni pomembnosti kriterijev za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi. Za določitev manjšega števila linearnih kombinacij merjenih spremenljivk smo pri faktorski analizi uporabili metodo glavnih komponent z rotacijo varimax. Podatki so bili analizirani s programom SPSS verzija 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Za obdelavo podatkov so bili uporabljeni opisna statistika, Pearsonov koeficient korelacije in faktorska analiza. Upoštevali smo statistično značilnost pri vrednosti 0,05.

### Rezultati

Pet (7,2 %) anketiranih novozaposlene na delovnem mestu usposablja vsak dan, 17,4 % ( $n = 12$ ) nekajkrat na teden, 30,4 % ( $n = 21$ ) nekajkrat na mesec, 26,1 % ( $n = 18$ ) nekajkrat na leto, 18,8 % ( $n = 13$ ) anketiranih pa novozaposlenih na delovnem mestu ne usposablja. Pri 3 (4,3 %) anketiranih je med usposabljanjem novozaposlenih na delovnem mestu njihova aktivna vloga v delovnem procesu razbremenjena, pri 65 (94,2 %) anketiranih se obe vlogi v delovnem procesu prepletata; en anketirani na vprašanje ni odgovoril. Za usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu prejme plačilo 5 (7,2 %) anketiranih, 62 (89,9 %) jih plačila ne prejme, 2 anketirana se do odgovora nista opredelila.

Pri Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ali pri drugem strokovnem društvu je v zadnjih petih letih (od 2012) aktivno sodelovalo 20,6 % ( $n = 14$ ) anketiranih. En anketirani se do

Tabela 2: Usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu

Table 2: Training new employees in the workplace

Trditve/Statements	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>FI</i>
Vsi zaposleni v operacijski zdravstveni negi moramo predajati svoje znanje.	69	4,60	0,878	0,731
Svoje znanje in izkušnje z veseljem predajam naprej.	69	4,79	0,472	0,801
Pri predajanju znanj in informacij profesionalno rastem.	69	4,63	0,617	0,881
Usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu mi predstavlja izziv.	68	4,17	0,945	0,686
Usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu me obremenjuje.	67	2,68	1,221	/
V procesu vključevanja v operacijsko zdravstveno nego sem imel/-a podporo starejših kolegic/kolegov.	69	3,81	0,974	/

Legenda/Legend: *n* – število/number;  $\bar{x}$  – povprečje/average; *s* – standardni odklon/standard deviation; *FI* – usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu/training new employees in the workplace

sodelovanja do stanovskih organizacij v zdravstveni negi ni opredelil. Anketirani so svoje zadovoljstvo na delovnem mestu ocenili s povprečno oceno 3,3 ( $s = 0,827$ ), svojo usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi s 4,3 ( $s = 0,620$ ) ter svojo usposobljenost za usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu s 3,52 ( $s = 0,867$ ).

Anketiranci so na vprašanje, ali so razen z zahtevo po primerni stopnji izobrazbe in opravljenem zdravniškem pregledu seznanjeni še z drugimi kriteriji za izbor kandidatov za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi,

pritrtilno odgovorili v 5,85 % ( $n = 4$ ) in negativno v 94,2 % ( $n = 65$ ). Postavitev dodatnih kriterijev za izbor kandidatov za zaposlitev v operacijski zdravstveni negi se za razvoj operacijske zdravstvene nege zdi pomembna 65 (95,6%) udeležnim v raziskavi, 3 (4,4%) ne; en anketirani pa svojega mnenja ni izrazil.

Preverjanje odnosa zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu ter do znanja in usposobljenosti zaposlenih v operacijski zdravstveni negi je prikazano v Tabeli 2 in Tabeli 3.

Tabela 3: Znanje in usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi

Table 3: Knowledge and skills of employees in perioperative nursing

<i>Trditve/Statements</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>
Za delo na svojem strokovnem področju imam dovolj znanja.	69	4,27	0,764	0,727	0,217
V sklopu svojega usposabljanja na delovnem mestu sem se usposabljal/-a na vseh kirurških področjih.	69	3,10	1,250	0,342	0,688
Sledim objavljenim raziskavam na področju operacijske zdravstvene nege.	69	3,52	0,933	/	/
Za usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu imam dovolj praktičnega znanja.	69	4,01	0,757	0,895	0,136
Za usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu imam dovolj teoretičnega znanja.	69	3,85	0,827	0,765	0,082
Za usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu nimam dovolj znanja iz pedagoških vsebin.	69	3,14	1,032	0,583	-0,359
Na področju usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu se želim dodatno izobraževati.	69	4,00	0,907	/	/
Izobraževalne delavnice za usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi bi pripomogle k učinkovitosti usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu.	69	4,57	0,774	-0,570	0,743
Zaposleni v operacijski zdravstveni negi usposabljam novozaposlene na delovnem mestu med seboj primerljivo.	69	3,55	0,993	/	/

*Legenda/Legend: n – šteto/number;  $\bar{x}$  – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation; F2 – znanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi/knowledge of employees in perioperative nursing; F3 – usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi/competence of employees in perioperative nursing*

Tabela 4: Obremenjenost na delovnem mestu

Table 4: Workload in the workplace

<i>Trditve/Statements</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>F7</i>	<i>F8</i>
Zaradi opravljanja svojih delovnih obveznosti novozaposlenemu na delovnem mestu ne morem nameniti toliko časa, kot bi ga le-ta potreboval.	68	3,86	0,991	0,835	-0,079
Zaradi usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu ne uspem opraviti vseh delovnih obveznosti.	68	2,83	1,001	0,853	0,098
Usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu mi krajša čas, odmerjen za odmor.	68	3,14	1,068	0,558	0,481
Usposabljanje novozaposlenega na delovnem mestu med operativnim posegom mi predstavlja dodatno obremenitev.	68	3,36	1,035	0,394	0,638
Zaradi usposabljanja novozaposlenega na delovnem mestu delo v operacijski dvorani poteka počasneje.	68	2,69	0,996	0,118	0,772
Kljub usposabljanju novozaposlenega na delovnem mestu delo v operacijski dvorani vedno poteka nemoteno.	67	3,77	0,849	-0,255	0,812
Med usposabljanjem novozaposlenega na delovnem mestu bi morala biti ekipa zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v operacijski dvorani številčnejša.	68	4,01	0,954	/	/

*Legenda/Legend: n – šteto/number;  $\bar{x}$  – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation; F7 – časovna obremenjenost na delovnem mestu/time workload at the workplace; F8 – obremenjenost v operacijski dvorani/workload in the operating theatre*

Tabela 5: Znanje in odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi  
Table 5: Knowledge and attitude of new employees in the workplace

Trditve/Statements	n	$\bar{x}$	s	F9
Nivo splošnega znanja, ki ga novozaposleni pridobijo v sklopu šolanja na fakultetah, je zadosten.	69	2,42	0,897	/
Znanje novozaposlenih o operacijski zdravstveni negi ni zadostno.	69	3,71	1,072	/
Novozaposleni upoštevajo navodila za delo v operacijski zdravstveni negi.	69	3,86	0,684	0,760
Novozaposleni imajo do zaposlenih v operacijski zdravstveni negi spoštljiv odnos.	69	3,82	0,785	0,691
Novozaposleni so motivirani za pridobivanje novih znanj in izkušenj.	69	3,75	0,715	0,815
Novozaposleni v operacijski zdravstveni negi so samoiniciativni.	69	3,18	0,791	0,774
Novozaposleni v operacijski zdravstveni negi so do svojega znanja samokritični.	69	3,01	0,882	0,798

Legenda/Legend: n – število/number;  $\bar{x}$  – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation; F9 – znanje in odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi/knowledge and attitude of new employees in the workplace

Odgovori na vprašanja o obremenjenosti na delovnem mestu ter o znanju in odnosu novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi so prikazani v Tabeli 4 in Tabeli 5.

### Preverjanje hipotez

Hipoteze smo preverjali s Pearsonovim korelacijskim koeficientom (Tabela 6). Hipotezo 1 smo preverjali z dvema vprašanjema, ki kažeta na dodatno izobraževanje iz operacijske zdravstvene nege, pri ostalih hipotezah smo preverjali povezanost med komponentami različnih podsklopov vprašanj.

Hipotezo 1 »Zaposleni v operacijski zdravstveni negi, ki se na področju operacijske zdravstvene nege dodatno izobražujejo, vzpostavljajo pozitiven odnos do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu« smo zavrnili. Za preverjanje hipoteze smo uporabili dva faktorja in ugotovili, da sledenje raziskavam iz operacijske zdravstvene nege ( $r = 0,211$ ,  $p = 0,085$ ) in dodatno izobraževanje iz operacijske zdravstvene nege ( $r = -0,097$ ,  $p = 0,435$ ) s pozitivnim odnosom zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu nista povezani.

Hipotezo 2 »Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu je povezan z delovno obremenjenostjo zaposlenih v operacijski zdravstveni negi« smo zavrnili. Za preverjanje hipoteze smo uporabili dva faktorja in ugotovili, da časovna obremenjenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi ( $r = 0,087$ ,  $p = 0,484$ ) in obremenjenost v operacijski dvorani ( $r = -0,105$ ,  $p = 0,396$ ) z odnosom zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu nista povezani.

Hipotezo 3 »Usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi je povezana z njihovim odnosom do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu« smo delno potrdili. Za preverjanje hipoteze

smo uporabili dva faktorja. Ugotovili smo, da usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi ( $r = 0,032$ ,  $p = 0,795$ ) z njihovim odnosom do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu ni povezana. Pri preverjanju ocen znanja zaposlenih v operacijski zdravstveni negi pa smo ugotovili, da je odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do

Tabela 6: Korelacije odnosa zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu z najpomembnejšimi faktorji  
Table 6: Correlation of employees' attitude in perioperative nursing towards training new employees in the workplace with the most relevant factors

Hipoteze/Hypotheses	Faktor/Factor	r
H1	F1	0,211
	F2	-0,097
H2	F5	0,087
	F6	-0,105
H3	F7	0,278
	F8	0,032
H4	F9	0,058

Legenda/Legend: H1 – izobraževanje/education; H2 – obremenjenost/workload; H3 – usposobljenost/competence; H4 – odnos novozaposlenih/attitude of new employees; F1 – sledenje raziskavam iz operacijske zdravstvene nege/tracking researches from perioperative nursing; F2 – izobraževanje iz operacijske zdravstvene nege/learning in perioperative nursing; F5 – časovna obremenjenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi/time workload in perioperative nursing; F6 – obremenjenost v operacijski dvorani/workload in the operating theatre; F7 – znanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi/knowledge in perioperative nursing; F8 – usposobljenost zaposlenih v operacijski zdravstveni negi/competence in perioperative nursing; F9 – odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi/attitude of new employees in the workplace; r – Pearsonov koeficient korelacije/Pearson correlation coefficient



usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu z njihovim znanjem statistično značilno povezan ( $p = 0,021$ ). Povezanost je po moči šibka ( $r = 0,278$ ) in pozitivna, kar pomeni, da boljše kot je znanje zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, boljši je njihov odnos do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu.

Hipotezo 4 »Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu je povezan z odnosom novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi« smo zavrnil. Raziskava je pokazala, da odnos novozaposlenih do dela v operacijski zdravstveni negi z odnosom zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu ni povezan ( $r = 0,058$ ,  $p = 0,641$ ).

## Diskusija

Raziskava kaže, da zaposleni v operacijski zdravstveni negi na primeru ene zdravstvene organizacije izkazujejo visoko strinjanje s trditvijo, da morajo svoje znanje predajati naprej. Njihov odnos do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu je pozitiven, svoje izkušnje in znanje z veseljem predajajo naprej in pri tem profesionalno rastejo. Verjetno se pri tem kaže tudi vpliv njihove pozitivne izkušnje iz preteklosti, ko jim je v procesu vključevanja v operacijski zdravstveni negi bila na voljo podpora izkušenih sodelavcev. Mentorstvu pozitivno vlogo pripisujeta tudi Žerdoner (2015) in Ramšak Pajk (2008). Žerdoner (2015) je v raziskavi ugotovila, da proces pripomore k profesionalnemu razvoju mentorjev, Ramšak Pajk (2008) pa je mnenja, da mentorstvo poveča poklicno pripadnost mentorjev, njihovo samozavest, zadovoljstvo pri delu in da vpliva na njihov karierni razvoj. Morda nekoliko preseneča rezultat, da se vključenim v raziskavo usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu ne zdi obremenjujoče. Predhodno je namreč Čuk (2014) v svoji raziskavi ugotovila, da je poučevanje v kliničnem okolju za mentorje dodatna delovna obremenitev. Izvajanje mentorstva v operacijski zdravstveni negi je specifično tudi zaradi nenehno prisotne medsebojne odvisnosti delovanja vsaj dveh oseb, zaposlenih v operacijski zdravstveni negi, in morda prav to zavedanje vzpostavlja tako pozitiven odnos do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu. Zaposleni v operacijski zdravstveni negi se namreč izkustveno zavedajo, da bodo v prihodnosti pri izvajanju delovnega procesa tudi sami (so)odvisni od usposobljenosti izvajalcev operacijske zdravstvene nege.

Iz rezultatov drugih sklopov naše raziskave je mogoče razbrati, da se vključeni v raziskavo ne strinjajo, da bi zmogli opraviti še dodatne delovne zadolžitve, kar sicer ne drži za opravljanje še bolj kompleksnih delovnih izzivov. To kaže na dejstvo, da so zaposleni v operacijski zdravstveni negi preobremenjeni. Tudi Kulaš (2013)

in Žerdoner (2015) sta izpostavili preobremenjenost kliničnih mentorjev na delovnem mestu, Čuk in Hvala (2009) pa sta kot težave, ki se pojavljajo v času mentorstva, navedli delovno obremenitev, dolg delovnik, težave pri izvajanju poklicnih vlog in različna tveganja, ki so jim izpostavljeni mentorji in drugo zdravstveno osebje. Zaradi usposabljanja novozaposlenega na delovnem mestu delo v operacijski dvorani ni moteno niti ne poteka počasneje, vendar pa bi, kot opredeljujejo vključeni v raziskavo, med usposabljanjem novozaposlenega na delovnem mestu ekipa zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v operacijski dvorani morala biti številčnejša. Iz sinteze trditev lahko zaključimo, da se vključeni v raziskavo med usposabljanjem novozaposlenega na delovnem mestu zavedajo svoje odgovornosti za varno in kakovostno obravnavo pacienta. Robida (2013) pravi, da za klinične mentorje ni pomembno samo učenje tehničnih veščin, ampak tudi znanje o varnosti pacientov. Med usposabljanjem novozaposlenih na delovnem mestu s pravočasnim in strokovnim izvajanjem potrebnih intervencij zaposleni v operacijski zdravstveni negi ne obremenjujejo ostalih članov zdravstvenega tima, vendar po drugi strani njihovo mnenje, da bi med usposabljanjem novozaposlenega na delovnem mestu ekipa zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v operacijski dvorani morala biti številčnejša, kaže, da jim proces usposabljanja novozaposlenih med operativnim posegom pravzaprav predstavlja dodatno obremenitev.

Tako sklepanje se sklada tudi z naslednjimi ugotovitvami naše raziskave: zaradi usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu zaposleni v operacijski zdravstveni negi ne uspejo opraviti vseh delovnih obveznosti; njihov čas za odmor je zaradi usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu krajši; novozaposlenemu na delovnem mestu je treba nameniti toliko časa, kot bi ga le-ta potreboval. Tudi Lorber in Donik (2009) navajata, da mora mentor najprej profesionalno opraviti svojo delo pri pacientu, istočasno pa se od njega pričakuje še, da posreduje znanje in veščine ter mentorstvu posveti dovolj časa. Poudariti je treba, da samo večje število kadra v operacijski dvorani ne bo pripomoglo k učinkovitejšemu usposabljanju novozaposlenega na delovnem mestu in k zmanjšani obremenitvi zaposlenih v operacijski zdravstveni negi. Pozornost je treba usmeriti na usposobljenost kadra.

Na svojem strokovnem področju imajo zaposleni v operacijski zdravstveni negi dovolj znanja, svojo usposobljenost za opravljanje dela v operacijski zdravstveni negi so ocenili zelo visoko. Ugotavljamo, da vključenim v raziskavo pri usposabljanju novozaposlenih na delovnem mestu strokovnega praktičnega in teoretičnega znanja ne primanjkuje. Po drugi strani zaposleni v operacijski zdravstveni negi opredeljujejo, da za proces usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu nimajo dovolj znanja iz pedagoških vsebin. Podatek ne preseneča,

saj se vključeni v raziskavi v večini primerov udeležujejo izobraževanj iz vsebin operacijske zdravstvene, etike v zdravstveni negi ter kakovosti in varnosti v zdravstveni negi. Na področju mentorstva in raziskovanja v zdravstveni negi se vključeni v raziskavo skorajda ne izobražujejo. Tudi Čuk (2014) je v svoji raziskavi ugotovila, da mentorji nimajo dovolj razvitih kompetenc in potrebujejo dodatna pedagoška znanja, Lorber in Donik (2009) pa navajata še, da imajo mentorji veliko praktičnih izkušenj, vendar se pogosto srečujejo s težavo, kako posredovati svoja praktična znanja, saj imajo premalo pedagoško-andragoških izkušenj. Na področju usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu se vključeni v raziskavo želijo dodatno izobraževati, prav tako so mnenja, da bi izobraževalne delavnice za usposabljanje novozaposlenih na delovnem mestu v operacijski zdravstveni negi pripomogle k učinkovitosti usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu. Glede na izraženo potrebo in željo vključenih v raziskavo po dodatnem izobraževanju bi kazalo resno razmisliti o uvedbi sistematičnega sistema izobraževanja, ki bi lahko potekalo tudi v simulacijskih centrih (Granger, et al., 2011). Pri razvoju in izvedbi celovitega izobraževalnega procesa bi morali sodelovati tudi in predvsem kompetentni strokovnjaki iz izobraževalnih institucij.

Zaposleni v operacijski zdravstveni negi so se strinjali, da nivo znanja, ki ga novozaposleni na delovnem mestu pridobijo v sklopu šolanja na fakultetah oz. visokih šolah ni zadosten in da njihovo znanje o operacijski zdravstveni negi ni zadostno. Tudi Brdnik (2013) je v raziskavi, izvedeni v več slovenskih bolnišnicah, ugotovil, da izobrazba, ki jo diplomirana medicinska sestra pridobi v dodiplomskem študiju, ne nudi dovolj strokovnih vsebin iz operacijske zdravstvene nege. V tem času so nekatere fakultete v sklopu dodiplomskega izobraževanja že začele izvajati študijske vsebine iz operacijske zdravstvene nege. A le uvedba s skrbjo razvitega specialističnega študija iz operacijske zdravstvene nege, ki bi ga vodili, izvajali in evalvirali kompetentni izvajalci, bi popolnoma zapolnila vrzel na tem strokovnem področju. Ne smemo namreč pozabiti, da je visokošolsko izobraževanje za področje zdravstvene nege omejeno na splošno zdravstveno nego in da je poglobljena specialistična znanja in kompetence treba razvijati v okviru podiplomskih specializacij. Vključeni v raziskavo menijo tudi, da so novozaposleni na delovnem mestu premalo samoiniciativni in do svojega znanja premalo samokritični. Na drugi strani so vključeni v raziskavo mnenja, da so novozaposleni na delovnem mestu motivirani za pridobivanje novih znanj in izkušenj, da imajo do zaposlenih v operacijski zdravstveni negi spoštljiv odnos in da upoštevajo navodila za delo v operacijski zdravstveni negi. Verjetno se bo za prepoznavanje in razumevanje specifičnih potreb in pričakovanj, ki jih ima tako imenovana »generacija Y«, treba izobraziti ter nato izkoristiti

njihove prednosti. Med temi prednostmi sta predvsem predanost timskega delu in rokovanje z napredno tehnologijo (Sherman, 2015).

V prihodnje bi bilo treba preveriti stališča novozaposlenih na delovnem mestu do njihovega usposabljanja v operacijski zdravstveni negi in raziskati, kako zaposleni v operacijski zdravstveni negi dojemajo svoje kompetence. Kot navajajo Gillespie in sodelavci (2009) bi bilo pri tem treba upoštevati predvsem njihovo znanje, timsko delo, komunikacijo, zmožnost koordiniranja in obvladovanja novih situacij.

Izvedli smo raziskavo na primeru ene organizacije, zato rezultatov ni mogoče posploševati na vse primerljive zdravstvene organizacije oziroma področja dela. Omejitve izvedene raziskave na primeru ene organizacije je, da smo v vzorec vključili tudi zaposlene v operacijski zdravstveni negi, ki svoje delo opravljajo na ravni dnevne bolnišnice ( $n = 10$ ). Zaradi vrste operativnih posegov, ki se v tej enoti izvajajo, je kompleksnost delovnih opravil in obseg kompetenc zaposlenih v operacijski zdravstveni negi v tem delovnem okolju manjša. Ti izvajalci operacijske zdravstvene nege posledično ne opravljajo dela v transplantacijski dejavnosti in dežurni službi, prav tako skorajda ne usposablja novozaposlenih na delovnem mestu. Opozoriti je treba tudi na vrednost Pearsonovega koeficienta korelacije, ki kaže na zgolj šibko pozitivno povezanost odnosa zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu z znanjem zaposlenih v operacijski zdravstveni negi. Poleg tega, da raziskava daje priložnosti za izvedbo izboljšav v proučevani organizaciji, pokaže tudi na pomen raziskovanja na reprezentativnem vzorcu te dejavnosti v Sloveniji in bi lahko pripomogla k sistemski ureditvi in definiciji podiplomskega izobraževanja na tem področju v Sloveniji.

## Zaključek

Proces usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu za vključene v raziskavo na splošno ne predstavlja obremenitve, pravzaprav jim je v zadovoljstvo. Ob neposrednem usposabljanju novozaposlenih med operativnim posegom bi bilo treba ekipo izvajalcev operacijske zdravstvene nege številčno okrepiti, pri tem pa tudi ne zanemariti njihove usposobljenosti za usposabljanje novozaposlenih. Smotrno bi bilo pripraviti izobraževanja za področje usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu, pričeti z izvajanjem izobraževalnih delavnic v simulacijskem centru in razširiti vsebino izobraževanja zaposlenih v operacijski zdravstveni negi. Za učinkovito usposabljanje novozaposlenih v operacijski zdravstveni negi je treba razviti celosten in v kliničnem okolju aplikativen izobraževalni program. Mislimo na sistematično usposabljanje, ki bi temeljilo na postopnem nadgrajevanju znanja – od osnov operacijske zdravstvene nege do ozko specifičnih aktivnosti, omejenih na

posamezna kirurška področja. K razvoju strategije usposabljanja novozaposlenih v operacijski zdravstveni negi je treba povabiti in pritegniti več v operacijskem okolju in tudi izven njega delujočih strokovnjakov, pristop do strategije naj bo znanstven in odgovoren do vseh udeleženi. In nenazadnje, za zaposlitev v tako ozko specifični zdravstveni dejavnosti bi morali razviti ustrezne kriterije, ki bi bili v pomoč pri izbiri primernih kandidatov za zaposlitev.

## Conflict of interest/Nasprotje interesov

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

## Funding/Financiranje

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

## Ethical approval/Etika raziskovanja

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)./Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2016) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (2014).

## Author contributions/Prispevek avtorjev

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 and was responsible for methodologically appropriate research process. The second author also participated in the writing of the article./Prva avtorica je pod mentorstvom druge avtorice pripravila raziskovalni predlog, načrt raziskave, izvedbo raziskave in oblikovala besedilo članka. Druga avtorica je v vseh fazah raziskovalnega procesa sodelovala kot oseba, odgovorna za metodološko ustreznost, sodelovala je tudi pri pisanju članka.

## Literature/Literatura

Brdnik, B., 2013. *Izobraževanje operacijskih medicinskih sester: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 97–104.

Čuk, V. & Hvala, N., 2009. Vpliv kliničnega okolja na zadovoljstvo študentov s prakso zdravstvene nege. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič & B. Filej, eds. *Novi trendi v sodobni zdravstveni negi – razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana, 17.–18. eptember 2009. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 177–184.

Čuk, V., 2014. *Mentorska vloga v kliničnem okolju: razvoj izkustvenega učenja v zdravstveni negi: doktorska disertacija*. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta, pp. 259–278.

Field, A., 2009. *Discovering Statistics Using SPSS*. 3<sup>rd</sup> ed. London; Thousand Oaks: Sage, pp. 627–685. Available at: <http://www.soc.univ.kiev.ua/sites/default/files/library/eloadopen/andy-field-discovering-statistics-using-spss-third-edition-20091.pdf> [23. 03. 2017].

Foran, P., 2015. Effects of guided undergraduate perioperative education on recruiting novice RNs and retaining experienced RNs. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 102(3), pp. 254–261. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.06.016>. PMID:26323223

Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang H.Y. & Werder, H., 2009. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), pp. 1019–1028. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04955.x> PMID:19291189

Granger, J., Hebb, T., Lavalley, R. & Murray, M., 2011. Team training simulation in perioperative nursing education. *Canadian Operating Room Nurses Journal*, 29(2), pp. 7–23. PMID:21823501

Harvey, P., 2012. Role of the mentor in the theatre setting. *Journal of Perioperative Practice*, 22(7), pp. 232–236. PMID:22919773

*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.

Kulaš, F., 2013. *Zadovoljstvo kliničnih mentorjev v zdravstveni organizaciji s kliničnim usposabljanjem študentov zdravstvene nege: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management, pp. 59–67.

Lorber, M. & Donik, B., 2009. Učenje v kliničnem okolju, pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi. In: S. Dvoršak Majcen, et al., eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč: zbornik predavanj*. Ljubljana, 11.–13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1–7.

Marsh, V., 2015. Mentoring the novice OR nurse. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 102(2), pp. 12–13. [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092\(15\)00619-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092(15)00619-5)

- Martin, K.K., 2011. Meeting the challenge of perioperative education. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 94(4), pp. 377–384.  
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.01.014>  
PMid:21967911
- Miller, G., 2014. We need an educated voice. *Journal of Perioperative Practice*, 24(6), pp. 130–134.  
PMid:25007474
- Mitchell, L. & Flin, R., 2008. Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), pp. 15–24.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04695.x>  
PMid:18598248
- Novak, A. & Založnik, A., 2015. Zadovoljstvo diplomiranih medicinskih sester s kliničnim mentorstvom v Splošni bolnišnici Jesenice. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery, R. Rustja, I. Avberšek-Lužnik, B. Bregar, K. Čuček-Trifkovič, et al., eds. *Zdravstvene stroke in njihov odziv na zdravstvene potrebe družbe: na dokazih podprto in usklajeno delovanje: zbornik predavanj z recenzijo. Bled, 11.–12. junij 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 265–273.
- Ramšak Pajk, J., 2008. Pomen mentorstva v izobraževanju in kariernem razvoju medicinskih sester. In: B. Skela-Savič, J. Ramšak-Pajk & B.M. Kaučič, eds. *Jaz in moja kariera: zbornik predavanj. Bled, 25. januar 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 53–60.
- Robida, A., 2013. Kompetence za varnost pacientov. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje: zbornik prispevkov. Ljubljana, 31. januar 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 126–133.
- Sherman, R.O., 2015. Recruiting and retaining generation Y perioperative nurses. *Association of periOperative Registered Nurses (AORN) Journal*, 101(1), pp. 138–143.  
<https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.10.006>  
PMid:25537333
- Skela-Savič, B., 2014. Are we aware of our responsibilities for the development of nursing care. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 5–11.  
<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.12>
- Skela-Savič, B. & Kiger, A., 2015. Self-assessment of clinical nurse mentors as dimensions of professional development and the capability of developing ethical values at nursing students: a correlational research study. *Nurse Education Today*, 35(10), pp. 1044–1051.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.04.003>  
PMid:25981136
- Tavakol, M. & Dennick, R., 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal Of medical education*, 2, pp. 53–55.  
<https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>  
PMCID:PMC4205511
- 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. 8. 2017].  
PMid: 25951678
- Žerdoner, L., 2015. *Samoevalvacija dela mentorjev v kliničnem okolju zdravstvene nege: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 52–69.

---

*Cite as/Citirajte kot:*

Oblak, T. & Skela-Savič, B., 2017. The attitude of employees in perioperative nursing to training new employees in the workplace: an example of one organization. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), pp. 190–206. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.3.178>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Ocena prehranskega stanja starejših v socialnovarstvenem zavodu Assessment of the nutritional status of the elderly in a residential home

Nika Urh, Katarina Babnik, Doroteja Rebec, Tamara Poklar Vatovec

**Ključne besede:** starejši; jedilniki; institucionalna oskrba; prehranska ogroženost

**Key words:** elderly; menus; institutional care; nutritional risk

Nika Urh, dipl. dietet., mag. diet.

doc. dr. Katarina Babnik, univ. dipl. psih.

viš. pred. Doroteja Rebec, dipl. m. s., mag. zdr. nege

doc. dr. Tamara Poklar Vatovec, univ. dipl. ing. živ. tehn.

*Kontaktne e-naslov/  
Correspondence e-mail:*  
tamara.vatovec@fvz.upr.si

*Vse/All:* Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

### IZVLEČEK

**Uvod:** Eden od dejavnikov kakovosti življenja starejših v socialnovarstvenem zavodu je prehrana. Namen raziskave je bil proučiti prehransko stanje in ponuditi predloge za izboljšanje prehrane starejših v socialnovarstvenem zavodu.

**Metode:** V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna opisna metoda raziskovanja. Analizirani so bili dnevni jedilniki v socialnovarstvenem zavodu in na vzorcu starejših ( $n = 48$ ) izvedena analizo dejanskega vnosa hranil in prehranskega statusa. Prehransko stanje je bilo ugotovljeno na podlagi indeksa telesne mase in vprašalnika Mini prehranski pregled. Vključeni v raziskavo so imeli prehrano, pri kateri dietne prilagoditve niso bile potrebne.

**Rezultati:** Povprečna energijska vrednost ponujenih jedilnikov je znašala 8457 kJ (2021 kcal) na dan, 17 hranil je odstopalo od priporočil. Moški (M) in ženske (Ž) se statistično pomembno razlikujejo v deležu ostanka maščob ( $\mu M = 16\%$ ,  $\mu Ž = 24\%$ ,  $p = 0,036$ ), holesterola ( $\mu M = 15\%$ ,  $\mu Ž = 26\%$ ,  $p = 0,035$ ), vitamina D ( $\mu M = 15\%$ ,  $\mu Ž = 27\%$ ,  $p = 0,017$ ) in vitamina B<sub>12</sub> ( $\mu M = 17\%$ ,  $\mu Ž = 25\%$ ,  $p = 0,016$ ). Indeks telesne mase je pokazal, da nihče od starejših, ki so bili vključeni v raziskavo, ni bil podhranjen ali v kategoriji debelost III. stopnje.

**Diskusija in zaključek:** Raziskava je potrdila potrebo po sistematičnem spremljanju kakovosti prehrane starejših v socialnovarstvenih zavodih. Da bi starejšim zagotovili ustrezno prehransko oskrbo, je potrebno sodelovanje medpoklicnega tima s starejšimi in njihovimi družinskimi člani.

### ABSTRACT

**Introduction:** Nutrition is one of the factors that determine the quality of life of the elderly in a residential home. The purpose of the study was to investigate nutritional status and propose suggestions to improve nutrition among the elderly in a residential home.

**Methods:** A quantitative descriptive research method was used. Analysed were the weekly menus in one of the Slovenian residential homes, performed an analysis of the actual nutrient intake and assessed the nutritional status of the elderly ( $n = 48$ ). The nutritional status was assessed by means of the body mass index and the mini nutritional assessment tool. The participants included in the study had a diet without any special dietary adjustments.

**Results:** The average energy value of weekly menus amounted to 8457 kJ (2021 kcal) per day. 17 nutrients deviated from the recommendations. Men (M) and women (W) statistically significantly differed in the proportion of residual fats ( $\mu M = 16\%$ ,  $\mu W = 24\%$ ,  $p = 0.036$ ), cholesterol ( $\mu M = 15\%$ ,  $\mu W = 26\%$ ,  $p = 0.035$ ), vitamin D ( $\mu M = 15\%$ ,  $\mu W = 27\%$ ,  $p = 0.017$ ) and vitamin B<sub>12</sub> ( $\mu M = 17\%$ ,  $\mu W = 25\%$ ,  $p = 0.016$ ). The body mass index showed that none of the elderly included in the study was malnourished or in the class III obesity.

**Discussion and conclusion:** The study confirmed the need for systematic monitoring of the elderly's quality of nutrition in a residential home. In order to provide the elderly with adequate nutritional care, the cooperation of an inter-professional team with the elderly and their family members is necessary.

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Nike Urh *Vrednotenje jedilnikov, prehranski vnos in ocena prehranskega stanja starostnikov v ...* (2016).

*Prejeto/Received:* 7. 3. 2017  
*Sprejeto/Accepted:* 25. 7. 2017

## Uvod

V svetu se v povezavi z leti upokojevanja populacijo starejših pogosto opredeljuje kot osebe, stare 60 oz. 65 let in več, vendar pa je glede na demografske trende staranja prebivalstva pričakovati, da se bo ta arbitrarno določena meja, kdo so starejši, v prihodnosti spreminjala (Hlebec, et al., 2013). Pri kronološkem določanju starostne meje pa se v statistikah kot starejše najpogosteje opredeljuje osebe, stare 65 let in več (Hlebec, et al., 2013; Razpotnik, 2017). Staranje ljudem prinaša številne biološke, psihološke in socialne spremembe, ki jih pogosto spremljajo tudi različna kronična obolenja (Skela Savič, et al., 2010). Vse to lahko vpliva na prehranjevalne navade in prehranjenost starejših (de van der Schueren, 2015). Prehrana pa vpliva na fizično in duševno zdravje ter na samostojnost posameznika pri izvajanju življenjskih aktivnosti (Eide, et al., 2015) in tako tudi na kakovost življenja in umrljivost starejših (Kvamme, et al., 2011; Thomas, et al., 2013). Staranje pogosto spremljajo prehransko tveganje, pomanjkljiva ali prekomerna prehranjenost (Drewnowski, et al., 2003; Leslie & Henkley, 2015).

V starosti se zmanjša bazalna presnova, ki posledično, skupaj z zmanjšano gibalno aktivnostjo, privede do zmanjšanih energijskih potreb (Elmadfa & Meyer, 2008). Skozi celotno obdobje odraslosti se energijske potrebe zmanjšajo za približno 20 % (Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2010). Zmanjšanje energijskih potreb vpliva na količino in volumen zaužite hrane, kar v povezavi s starostnimi fiziološkimi spremembami lahko privede do pomanjkljivega energijskega vnosa ter pomanjkljivega vnosa makro- in mikrohranil (Power, et al., 2014). Beljakovinska energijska podhranjenost je pogostejša pri starejših v socialnovarstvenih zavodih in pri hospitaliziranih starejših kakor pri starejših, ki živijo v domačem okolju (Cederholm, 2015). Povečano tveganje za beljakovinsko energijsko podhranjenost med starejšimi v socialnovarstvenih zavodih potrjujejo številne raziskave (van Nie-Visser, et al., 2011; Donini, et al., 2013; Amorim Sena Pereira, et al., 2015), vendar pa raziskave ne dajejo zanesljivih podatkov o deležu starejših v socialnovarstvenih zavodih, pri katerih je podhranjenost prisotna ali pa je prisotno tveganje za njen pojav. Van Nie-Visser in sodelavci (2011) ugotavljajo, da se razširjenost podhranjenosti starejših v socialnovarstvenih zavodih v Evropi giblje med 2 % in 85 %. Pregled raziskav Evropskega združenja za klinično prehrano in metabolizem (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism – ESPEN) pa kaže na 20–40 % podhranjenost starejših v socialnovarstvenih zavodih (Cederholm, 2015). Poklar Vatovec (2013) z raziskavo na majhnem vzorcu ( $n = 20$ ) starejših v socialnovarstvenem zavodu, starih 65 let in več, ugotavlja, da nihče od vključenih v raziskavo ni bil podhranjen, pri petih pa je bilo prisotno tveganje za podhranjenost. Gorjup Poženel in Skela Savič (2013) na vzorcu 117 stanovalcev socialnovarstvenega

zavoda, starih med 75 in 95 let, ugotavljata tveganje za podhranjenost pri 32,5 % stanovalcih in podhranjenost pri 17,9 % stanovalcev.

Kljub zmanjšanju potreb po energiji v starosti, priporočila za vnos večine vitaminov in mineralov v starosti ostajajo podobna priporočilom za zgodnjo in srednjo odraslost (Elmadfa & Meyer, 2008; Power, et al., 2014). Oslabljena absorpcija nekaterih vitaminov in mineralov, kot sta vitamin B<sub>12</sub> in kalcij, zmanjšana sposobnost sintetiziranja vitamina D ob sočasni manjši izpostavljenosti sončni svetlobi, pomen vnosa antioksidantov v starosti, kot so vitamin C, betakaroten in cink (Elmadfa & Meyer, 2008), potrjujejo vlogo zagotavljanja potrebnih mikrohranil v starosti (Power, et al., 2014; Leslie & Hankey, 2015) in s tem ustrezne sestave obrokov za starejše. Tudi priporočila za makrohranila so za stare 65 let in več podobna tistim za ostalo populacijo odraslih (Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2010): (I) vnos skupnih ogljikovih hidratov v višini 50–70 % celodnevnega energijskega vnosa; (II) vnos skupnih maščob v višini 15 (oz. od 20)–30 % celodnevnega vnosa; (III) vnos beljakovin v višini 10–15 (oz. do 20 %) celodnevnega vnosa. Za starejše, pri katerih je zaradi akutne ali kronične bolezni prisotno tveganje za podhranjenost ali pa so podhranjeni, morajo jedilniki zagotavljati vnos beljakovin v višini 1,2–1,5 g na kilogram telesne mase in več (Deutz, et al., 2014). Priporočeni vnos tekočine pa je najmanj 1,5 l na dan (Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2010), v kolikor ni zdravstvenih kontraindikacij, ki bi vplivale na količino dnevno vnesene tekočine.

Podhranjenost je le eden od vidikov posledic neustreznega prehranskega vnosa pri starejših. Telesna nedejavnost ter neredna prehrana z veliko ogljikovimi hidrati in maščobami lahko pripeljeta do prekomerne prehranjenosti ali debelosti pri starejših (López-Contreras, et al., 2014). Pri tem je pomembno tudi dejstvo, da se podhranjenost z določenimi mikrohranili tudi pri starejših lahko povezuje s prisotnostjo prekomerne telesne mase ali debelosti, kar potrjuje nevarnost vnosa sicer energijsko bogate, vendar z mikrohranili skope hrane (Leslie & Hankey, 2015). V Združenih državah Amerike je med prebivalstvom, starih 65 let in več, več kot tretjina debelih (Fakhouri, et al., 2012); razširjenost debelosti pa je višja v starostni skupini med 65 in 74 let kot v skupini 75 let in več (Fakhouri, et al., 2012). V Španiji razširjenost prekomerne telesne mase in debelosti med moškimi, starih 60 let in več, znaša 49 % (prekomerna telesna masa) oz. 31,5 % (debelost), med ženskami te starosti pa 39,8 % (prekomerna telesna masa) oz. 40,8 % (debelost) (Gutiérrez-Fisac, et al., 2004). López-Contreras in sodelavci (2014) prekomerno telesno maso ali debelost ugotavljajo za 32,2 % starejših v proučevanih socialnovarstvenih zavodih. De Souto Barreto in sodelavci (2012) pa navajajo, da je v proučevanih socialnovarstvenih zavodih debelih približno 18 % in prekomerno hranjenih 28,5 % starejših. Med le-timi je 25,8 % žensk in 36,1 % moških s prekomerno telesno maso.

Organizirana prehrana sodi med osnovno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in je v Sloveniji regulirana z zakonom (Zakon o socialnem varstvu, 2007) in podzakonskimi akti, kakovost prehrane pa usmerja Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025 (2015). Pri vsakodnevem sestavljanju jedilnikov za starejše moramo upoštevati tudi Referenčne vrednosti za energijski vnos ter vnos hranil (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016). Prehransko stanje je stanje telesa, ocenjeno po tistih vidikih delovanja, ki so pod vplivom prehrane, in je rezultat prehranskega vnosa, prehranskih potreb in drugih vplivnih dejavnikov, kot so medicinski, funkcionalni, kognitivni in socialni (de van der Schueren, 2015). Kot ugotavljajo Gabrijelčič Blenkuš in sodelavci (2010), je v Sloveniji premalo raziskovanja na področju prehrane pri starejših in posledično premalo sistemskih ukrepov za izboljšanje stanja. Tako smo se odločili, da izvedemo raziskavo, ki bo pripomogla k razumevanju prehrane starejših in k oblikovanju možnih ukrepov za izboljšanje le-te v socialnovarstvenih zavodih.

### *Namen in cilji*

Namen raziskave je bil proučiti prehransko stanje in ponuditi predloge za izboljšanje prehrane med starejšimi, vključenimi v socialnovarstveni zavod. Cilj raziskave je bil ugotoviti skladnost energijskih in hranilnih vrednosti jedilnikov v enem od socialnovarstvenih zavodov s priporočili. Zanimalo nas je tudi, kolikšen delež jedi starejši dejansko zaužijejo ter kakšna je ocena njihovega prehranskega stanja.

S pomočjo raziskave smo skušali odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

- Koliko so jedilniki v socialnovarstvenem zavodu po energijskih in hranilnih vrednostih skladni s priporočili?
- Kolikšen je dejanski vnos oz. ostanek posameznih hranil pri starejših?
- Kako se moški in ženske razlikujejo v ostanku posameznih hranil?
- Kakšna je ocena prehranskega stanja starejših, ki prebivajo v enem od domov starejših občanov v Sloveniji?

### **Metode**

V raziskavi smo uporabili kvantitativno opisno metodo raziskovanja. V prvem delu raziskave smo se usmerili v analizo dnevnih jedilnikov v socialnovarstvenem zavodu in v analizo dejanskega vnosa hranil za izbrani vzorec starejših ter v drugem delu raziskave v analizo prehranskega statusa vzorca starejših. V analizo smo vključili tedenski jedilnik za starejše, ki so uživali prehrano brez diet (sladkorna, žlodčna, žolčna, vegetarijanska) in brez spremenjene konsistence hrane

(sondna, kašasta, pasirana). Dejanski vnos hrane in prehransko stanje smo ugotavljali pri vsakem v vzorec vključenem posamezniku posebej.

### *Opis instrumenta*

Podatke smo zbirali s pomočjo meritev, strukturiranega opazovanja in anketiranja. V prvem delu raziskave smo sedem dni tehtali pripravljene štiri obroke (zajtrk, kosilo, popoldansko malico in večerjo) za starejše s prehrano brez dietnih prilagoditev. Tehtanje jedi za posamezen obrok smo izvajali v kuhinji socialnovarstvenega zavoda, in sicer z večkratnim ponavljanjem, tako da smo pridobili točne vrednosti utežne mase celotnega obroka in posamičnih jedi, ki so posamezen obrok sestavljali. S pomočjo normativov (domskih receptur) smo iz tehtane mase jedi preračunali hranilno in energijsko vrednost obroka in celodnevnega jedilnika. Kot pripomoček pri oceni ostankov hrane smo uporabili validirani vprašalnik za ocenjevanje prehranskega vnosa (Bjornsdottir, et al., 2013; Cederholm et al., 2017; ESPEN, n. d.), in sicer slovensko verzijo z naslovom Vprašalnik – Ocena dnevnega vnosa hrane, ki so jo objavili Poklar Vatovec in sodelavci (2013, p. 55). Vprašalnik od ocenjevalcev zahteva, da po vsakem obroku na lestvici ocenijo, kolikšen delež jedi je oseba zaužila (lestvica: vse, polovico, četrtno, nič), ter da na podlagi pojasnil osebe zabeležijo, zakaj oseba določenega dela obroka ali celotnega obroka ni zaužila (npr. razlogi: »ni lačen/-a«, »mu/ji je slabo«, »mu/ji ni všeč vonj«, »hrana nima dobrega okusa«) (Poklar Vatovec, et al., 2013). Vprašalnik temelji na razumevanju dejanskega vnosa hrane kot razlike med ponujeno hrano in ostankom hrane.

Za oceno prehranskega statusa smo uporabili standardizirani vprašalnik Mini prehranski pregled (MPP; The Mini-Nutritional Assessment – MNA<sup>®</sup>) (Guigoz, 2006) in indeks telesne mase (ITM). Vprašalnik MPP (Guigoz, 2006; Ministrstvo za zdravje RS, 2008) je sestavljen iz dveh delov. Če anketiranec v prvem delu (MPP – presejanje) doseže 12 točk, nadaljnje anketiranje ni potrebno. Če je vsota seštevka 11 točk ali manj, je treba nadaljevati z drugim delom vprašalnika (MPP – pregled). Največje možno število, ki ga posameznik s pomočjo vprašalnika lahko doseže, je 30 točk. Rezultat 24 točk ali več kaže na ustrezen prehranski status, seštevke od 17 do 23,5 točke kaže na tveganje za podhranjenost, manj kot 17 točk pa na podhranjenost (Guigoz, 2006). ITM predstavlja razmerje med dejansko telesno maso v kilogramih in telesno višino v metrih na kvadrat. Izračunamo ga po naslednji formuli (van Bokhorst-de van der Schueren, et al., 2011):

$$\text{ITM} = (\text{telesna masa (kg)}) / (\text{telesna višina (m)}^2)$$

Stanje prehranjenosti glede na ITM delimo na naslednje kategorije: do 18,4 podhranjenost, od 18,5 do 24,9 normalna hranjenost, od 25,0 do 29,9 čezmerna hranjenost, od 30,0 do 34,9 debelost I. stopnje, od 35,0 do 39,9 debelost II. stopnje, 40,0 in več izredna debelost (debelost III. stopnje) (Hlastan Ribič, et al., 2012). Starejše smo stehali z navadno tehtnico, za merjenje višine smo uporabili žepni meter z zaponko.

Pri analizi prehranskega stanja smo poleg meritev ITM uporabili tudi presejalni vprašalnik MPP, ki meri več dimenzij dejavnikov tveganja prehranske ogroženosti (ocena duševnega in telesnega stanja, samostojnost) (Poklar Vatovec, et al., 2013). MPP je napovedni instrument v analizi prehranskega stanja, saj identificira dejavnike tveganja za prehransko ogroženost (Poklar Vatovec, et al., 2013) in omogoča ciljne preventivne ukrepe. Drugi del MPP (pregled) vključuje tudi vprašanja v zvezi z vnosom posameznih makrohranil in živil ter dodatne meritve za osebe, pri katerih se izvaja prehranska ocena (obseg sredine nadlahti, obseg sredine meč). Za merjenje obsega nadlahti in meč smo uporabili šiviljski meter.

### *Opis vzorca*

V raziskavi je sodelovalo 48 starejših, od tega 34 žensk in 14 moških, s povprečno starostjo 82,2 let ( $s = 10$ ). Vsi udeleženci so imeli prehrano brez dietnih prilagoditev. Udeleženci so bili pri izvajanju vsakodnevnih življenjskih aktivnosti samostojni. Dnevne obroke so samostojno uživali večinoma v centralni jedilnici socialnovarstvenega zavoda ali v oddelčnih jedilnicah. V drugem delu raziskave smo zaradi nepopolnih podatkov 8 stanovalcev izključili iz raziskave.

### *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov*

Pred izvedbo raziskave smo pridobili ustno soglasje vodstva socialnovarstvenega zavoda in ustno soglasje udeležencev raziskave. Udeleženci so sodelovali prostovoljno, kadarkoli v času izvedbe raziskave so imeli tudi možnost odstopiti od sodelovanja. V kuhinji socialnovarstvenega zavoda smo sedem dni zapored vsak dan tehtali štiri obroke, in sicer zajtrk, kosilo, popoldansko malico in večerjo za starejše s prehrano brez dietnih prilagoditev. S tehtanjem smo zagotavljali primerljivost porcij za vse starejše, vključene v raziskavo, prav tako pa smo v tednu izvajanja meritev nadzorovali razdeljevanje porcij v centralni jedilnici socialnovarstvenega zavoda in v oddelčnih jedilnicah. V kuhinji smo posamezno pripravljeno jed stehali z digitalno kuhinjsko tehtnico Soehnle® Exacta Pure z odstopanjem do 1 g. Osebe kuhinje nam je posredovalo tudi normative z recepturami za pripravo jedi. Na podlagi tehtanja in normativov smo količinsko ocenili obroke in podatke vnesli v Odprto platformo za klinično prehrano (OPKP). OPKP je spletna aplikacija za prehransko obravnavo in načrtovanje prehrane bolnikov in zdravih

prebivalcev (Inštitut Jožef Stefan, n. d.). Dobljene energijske in hranilne vrednosti smo primerjali s smernicami za prehrano starejših (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016) in ugotavljali odstopanja. Po tehtanju vsakega posameznega obroka smo s pomočjo vprašalnika za ocenjevanje prehranskega vnosa v jedilnici po končanem hranjenju zabeležili, kolikšen delež jedi je starostnik dejansko zaužil. Vprašalnike smo izpolnjevali ob prisotnosti starejših, ki so povedali, koliko jedi so dejansko zaužili, količino ostankov hrane pa smo ocenili tudi sami. Če so izjemoma starejši kakšnega od obrokov na lastno željo zaradi manjših oddelčnih jedilnic zaužili v sobi, so nam pri izpolnjevanju vprašalnikov pomagali zaposleni v zdravstveni negi, ki smo jih o uporabi vprašalnika za ocenjevanje prehranskega vnosa poučili že pred izvedbo raziskave. Energijsko vrednost ter vrednost makro- in mikrohranil ostanka smo izračunali na podlagi ugotovljenega ostanka hrane, to je vrste in količine hrane, ki je ostala na krožniku oz. je starejši niso zaužili. S pomočjo vodenega intervjuja smo za posameznega starostnika izpolnili tudi vprašalnik MPP. Vsakega posameznika smo med raziskavo enkrat izmerili (zjutraj), in sicer telesno maso in telesno višino. Starejšim, pri katerih je presejanje s pomočjo MPP pokazalo prehransko tveganje, smo v drugem delu vprašalnika izmerili tudi obsega nadlahti in meč.

Za pridobitev odgovora na prvo raziskovalno vprašanje smo uporabili računalniški program Microsoft Excel, odgovore na drugo, tretje in četrto raziskovalno vprašanje pa smo ugotavljali s pomočjo statističnih analiz in programa SPSS verzija 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Pri predstavitvi rezultatov smo uporabili deskriptivno statistiko (mediano in kvartile, minimalno in maksimalno vrednost ter aritmetično sredino). Za preverjanje razlik med moškimi in ženskami v ostanku posameznih hranil smo zaradi odstopanja od normalne porazdelitve uporabili neparametrični Mann-Whitneyev U-test.

## **Rezultati**

Rezultati so strukturirani v skladu z zastavljenimi raziskovalnimi vprašanji. V raziskavi nismo ugotavljali povezanosti vrednosti vnesenih hranil z obroki in prehranskim statusom starejših, saj je za tako raziskavo potrebno longitudinalno spremljanje in večje število udeležencev, zato za prvi del raziskave prikazujemo rezultate, pridobljene na vzorcu 48 starejših (analiza jedilnikov in ostanka hranil), v drugem delu raziskave pa prikazujemo rezultate analize prehranskega stanja za vzorec 40 udeležencev (10 moških in 30 žensk).

### *Energijske in hranilne vrednosti ponujenih jedilnikov*

V sklopu prvega raziskovalnega vprašanja smo preverjali, ali so jedilniki v socialnovarstvenem zavodu po energijskih in hranilnih vrednostih skladni s priporočili, ki jih je objavil Nacionalni inštitut za



Tabela 1: *Energijske in hranilne vrednosti v enem tednu ponujenih obrokov (zajtrk, kosilo, popoldanska malica in večerja) v izbranem socialnovarstvenem zavodu*  
 Table 1: *Energy and nutritional values in a weekly menu (breakfast, lunch, afternoon snack and dinner) offered in the selected residential home*

Dnevi v tednu/ Days of the week	EV kJ	B g	M g	OH g	HOL mg	omega-3 g	omega-6 g	VL g	Vit. D µg	Vit. C mg	Vit. B <sub>6</sub> mg	FOL µg	Vit. B <sub>12</sub> µg	Ca mg	Mg mg	Fe mg	Zn mg	Tekoč. ml	
																			Energijske in hranilne vrednosti/Energy and nutritional values
Ponedeljek	8690	2077	88	74	261	239	0,31	6,85	23	2,16	91	1,91	295	2,45	583	268	23	12	1069
Torek	7962	1903	79	70	237	652	0,71	10,58	26	4,61	111	2,51	370	4,70	878	567	21	12	1305
Sreda	8034	1920	80	66	248	335	0,49	8,86	21	1,77	128	1,76	258	3,89	1748	635	25	15	1475
Četrtek	7019	1678	79	78	164	328	0,74	11,46	24	2,17	151	2,16	367	4,07	1282	587	18	11	1553
Petek	7354	1758	70	39	277	270	0,40	10,69	30	1,78	120	2,41	395	2,54	1512	820	23	15	1449
Sobota	10918	2609	87	78	385	530	0,56	23,52	21	3,95	102	1,24	162	5,22	1120	267	19	11	1186
Nedelja	9222	2204	99	111	199	364	0,50	9,13	18	1,78	190	2,05	285	3,03	564	576	20	13	1579
$\bar{x}$	8457	2021	83	74	253	388	0,53	11,58	23	2,60	128	2,01	305	3,70	1098	531	21	13	1374
Priporočila	9205	2200	68	68	325	300,0	1,3	6,5	27,1	20,00	110,0	1,3	300,0	3,00	1000,0	325,0	10,0	8,5	2200

Legend/ Legend: EV – energijska vrednost/energy value; B – beljakovine/proteins; M – maščobe/fats; OH – ogljikovi hidrati/carbohydrates; HOL – holesterol/cholesterol; omega-3 – omega-3 maščobne kisline/omega-3 fatty acids; omega-6 – omega-6 maščobne kisline/omega-6 fatty acids; VL – vlaknine/fibers; Vit. D – vitamin D/vitamin D; Vit. C – vitamin C/vitamin C; Vit. B<sub>6</sub> – vitamin B<sub>6</sub>/vitamin B<sub>6</sub>; FOL – folna kislina/folic acid; Vit. B<sub>12</sub> – vitamin B<sub>12</sub>/vitamin B<sub>12</sub>; Ca – kalcij/calcium; Mg – magnezij/magnesium; Fe – železo/iron; Zn – cink/zinc; Tekoč. – tekočina/fluids; kJ – kilodžul/kilojoule; kcal – kilokalorija/kilocalorie; g – gram/gram; mg – miligram/milligram; µg – mikrogram/microgram; ml – milliliter/milliliter;  $\bar{x}$  – povprečje/average

javno zdravje (2016). Tabela 1 prikazuje energijske in hranilne vrednosti ponujenih obrokov tedenskega jedilnika (od ponedeljka do nedelje) za štiri obroke, kar pomeni, da smo skupaj analizirali 28 obrokov, zajetih v sedmih dnevih izvajanja meritev. V Tabeli 2 so prikazani deleži energije beljakovin, maščob in ogljikovih hidratov jedilnikov za vsak posamezen dan v tednu izvedbe raziskave.

Tabela 2: Dnevni deleži energije v obliki beljakovin, maščob in ogljikovih hidratov v obrokih, ponujenih v enem tednu (zajtrk, kosilo, popoldanska malica in večerja)

Table 2: Daily amounts of energy in the form of proteins, fats and carbohydrates in the meals offered during one week (breakfast, lunch, afternoon snack and dinner)

Dnevi v tednu/ Days of the week	Energijska vrednost/Energy value (%)		
	Beljakovine/ Proteins	Maščobe/ Fats	Ogljikovi hidrati/ Carbohydrates
Ponedeljek	17	32	50
Torek	17	33	50
Sreda	17	31	52
Četrtek	19	42	39
Petek	16	20	63
Sobota	13	27	59
Nedelja	18	45	36
$\bar{x}$ (%)	16,7	32,9	49,9

Legenda/Legend:  $\bar{x}$  – povprečje/average, % – odstotek/percentage

Povprečna energijska vrednost ponujenih jedilnikov je znašala 8457 kJ (2021 kcal) (Tabela 1). Jedilniki so bili v povprečju sestavljeni iz 17 % beljakovin, 33 % maščob in 50 % ogljikovih hidratov (Tabela 2). Kot je razvidno iz Tabele 1, so v ponujenih jedilnikih po višjih povprečnih vrednostih od dnevno priporočenih izstopala naslednja hranila: beljakovine (dosežena povprečna vrednost (DPV) = 83 g, priporočena vrednost (PV) = 68 g), maščobe (DPV = 74 g, PV = 68 g), holesterol (DPV = 388 mg, PV = 300 mg), omega-6-maščobne kisline (DPV = 11,6 g, PV = 6,5 g), vitamin C (DPV = 128 mg, PV = 110 mg), vitamin B<sub>6</sub> (DPV

= 2,0 mg, PV = 1,3 mg), folna kislina (DPV = 305 µg, PV = 300 µg), vitamin B<sub>12</sub> (DPV = 3,7 µg, PV = 3,0 µg), kalcij (DPV = 1098 mg, PV = 1000 mg), magnezij (DPV = 531 mg, PV = 325 mg), železo (DPV = 21 mg, PV = 10 mg) in cink (DPV = 13 mg, PV = 8,5 mg). Povprečne tedenske vrednosti, ki niso dosegale prehranskih priporočil, je bilo zaslediti pri ogljikovih hidratih (DPV = 253 g, PV = 325 g), vitaminu D (DPV = 2,6 µg, PV = 20 µg), omega-3-maščobnih kislinah (DPV = 0,53 g, PV = 1,3 g), prehranskih vlakninah (DPV = 23 g, PV = 27,1 g) in tekočini (DPV = 1374 ml, PV = 2200 ml). Kot je razvidno iz Tabele 1, so se vrednosti posameznih hranil med dnevi lahko precej razlikovale. Tako je na primer petkov jedilnik vseboval 39 g maščob, nedeljski pa 111 g maščob, priporočena dnevna vrednost pa znaša 68,03 g maščob.

### Deleži povprečnih ostankov hranil pri starejših

Za vsakega starejšega, vključenega v raziskavo, smo izračunali, kolikšen je bil delež ostanka pri posameznem hranilu v povprečju enega tedna. Na podlagi ugotovljene vrste in količine nezaufite hrane smo za ostanek izračunali energijsko vrednost ter vrednost makro- in mikrohranil. Tabela 3 prikazuje povprečje ostanka posameznega hranila, minimalni in maksimalni ostanek ter mediano in kvartile. S pomočjo Mann-Whitneyevega U-testa smo za vsako posamezno hranilo tudi preverili, ali se med moškimi in ženskami kažejo statistično značilne razlike.

Moški so imeli v povprečju največji ostanek pri vitaminu C (21 %) in najnižjega pri železu (14 %). Slednje pomeni, da so moški v povprečju zaužili 79 % ponujenega vitamina C ter 86 % ponujenega železa. Ženske so najvišji povprečni ostanek dosegle pri vitaminu D, vitaminu C in vitaminu B<sub>6</sub> (povsod po 27 %), najnižji ostanek pa so imele pri ogljikovih hidratih in železu (oboje po 19 %). Moški in ženske se statistično pomembno ( $p < 0,05$ ) razlikujejo v deležu ostanka naslednjih hranil: maščobe (povprečni ostanek za moške (PO<sub>M</sub>) = 16 %, povprečni ostanek za ženske (PO<sub>Z</sub>) = 24 %,  $p = 0,036$ ), holesterol (PO<sub>M</sub> = 15 %, PO<sub>Z</sub> = 26 %,  $p = 0,035$ ), vitamin D (PO<sub>M</sub> = 15 %, PO<sub>Z</sub> = 27 %,  $p = 0,017$ ) in vitamin B<sub>12</sub> (PO<sub>M</sub> = 17 %, PO<sub>Z</sub> = 25 %,  $p = 0,016$ ). Pri energiji, beljakovinah, ogljikovih hidratih, omega-3-maščobnih kislinah, omega-6-maščobnih kislinah, prehranskih vlakninah, vitaminu C, vitaminu B<sub>6</sub>, folni kislini, kalciju, magneziju, železu, cinku in pri tekočini se statistično pomembne razlike v vnosu hranil med moškimi in ženskami niso pokazale.

### Ocena prehranskega stanja starejših

Za 40 starejših smo ocenili prehransko stanje. Ocena prehranskega stanja je temeljila na izračunu ITM (Tabela 4) in na izvedbi presejalnega testa MPP (Tabela 5).

Tabela 3: Delež povprečnih ostankov hranil glede na spol (n = 48)  
Table 3: Percentage of average nutrients residue by gender (n = 48)

Ostanek hranil/ Nutrients residue	Moški/Men					Ženske/Women					Mann-Whitney U test			
	μ (%)	Min (%)	Q1 (%)	Me (%)	Q3 (%)	Maks (%)	μ (%)	Min (%)	Q1 (%)	Me (%)	Q3 (%)	Maks (%)	U	P
EV	16	0	7	10	18	50	21	5	12	17	28	52	318,000	0,069
B	16	0	8	11	20	46	22	5	12	17	30	54	314,500	0,082
M	16	0	5	10	25	50	24	3	15	20	31	66	330,500	0,036
OH	16	0	8	11	17	52	19	3	9	15	23	46	284,000	0,296
HOL	15	0	5	13	21	43	26	2	14	22	37	65	331,000	0,035
omega-3	16	0	8	14	20	53	24	4	14	21	28	64	322,500	0,055
omega-6	15	0	5	9	19	62	22	3	8	19	29	69	311,000	0,097
VL	18	0	10	13	22	52	24	4	13	22	29	59	310,000	0,099
Vit. D	15	0	4	10	21	38	27	1	14	23	36	68	343,000	0,017
Vit. C	21	0	12	14	30	58	27	6	19	25	30	64	317,000	0,073
Vit. B <sub>6</sub>	20	0	13	19	23	50	27	11	17	23	31	61	310,500	0,100
FOL	17	0	7	13	22	47	21	2	11	19	25	55	297,500	0,177
Vit. B <sub>12</sub>	17	0	9	13	15	44	25	4	16	21	32	61	344,500	0,016
Ca	17	0	6	12	26	44	21	2	11	16	28	56	287,500	0,261
Mg	18	0	11	14	20	49	23	7	13	20	29	65	299,000	0,166
Fe	14	0	5	12	14	48	19	5	10	14	24	52	294,500	0,194
Zn	16	0	8	8	21	45	22	8	10	17	29	56	316,000	0,070
Tekočina	17	0	7	17	20	46	21	1	14	17	25	55	288,000	0,256

Legenda/Legend: EV – energijska vrednost/energy value; B – beljakovine/proteins; M – maščobe/fats; OH – ogljikovi hidrati/carbohydrates; HOL – holesterol/cholesterol; omega-3 – omega-3 maščobne kisline/omega-3 fatty acids; omega-6 – omega-6 maščobne kisline/omega-6 fatty acids; VL – vlaknine/fibers; Vit. D – vitamin D/vitamin D; Vit. C – vitamin C/vitamin C; Vit. B<sub>6</sub> – vitamin B<sub>6</sub> /vitamin B<sub>6</sub>; FOL – folna kislina/folic acid; Vit. B<sub>12</sub> – vitamin B<sub>12</sub> /vitamin B<sub>12</sub>; Ca – kalcij/calcium; Mg – magnezij/magnesium; Fe – železo/iron; Zn – cink/zinc; μ – povprečni ostanek hranil/average nutrient residues; Min – najnižji odstotek ostanka/the lowest percentage of residue; Q1 – prvi kvartil/first quartile; Me – mediana/median; Q3 – tretji kvartil/third quartile; Maks – največji odstotek ostanka/the highest percentage of residue; U – vrednost Mann-Whitney U statistike/Mann-Whitney statistics U value; p – statistična značilnost/statistical significance; % – odstotek/percentage

Tabela 4: Indeks telesne mase udeležencev raziskave ( $n = 40$ )Table 4: Body mass index of survey participants ( $n = 40$ )

ITM/ BMI	ITM opisne kategorije/ BMI descriptive categories	n (%)
≤ 18,49	Podhranjenost	/
18,5–24,9	Normalna hranjenost	2 (5 %)
25–29,9	Čezmerna hranjenost	17 (42,5 %)
30–34,9	Debelost I. Stopnje	17 (42,5 %)
35–39,9	Debelost II. Stopnje	4 (10 %)
≥ 40	Debelost III. Stopnje	/

Legenda/Legend: ITM – indeks telesne mase/body mass index; n – število/number; % – odstotek/percentage

Iz Tabele 4 je razvidno, da sta bila 2 udeleženca raziskave normalno hranjena, 17 udeležencev je bilo čezmerno hranjenih, 17 se jih je na podlagi ITM uvrstilo v kategorijo debelost I. stopnje, 4 udeleženci pa v kategorijo debelost II. stopnje. Za natančnejšo oceno prehranskega stanja pri starejših ( $n = 40$ ) smo ovrednotili tudi točke, dosežene na vprašalniku MPP (Tabela 5).

Tabela 5: Mini prehranski pregled udeležencev raziskave ( $n = 40$ )Table 5: Results of the mini nutritional assessment ( $n = 40$ )

Prvi del MPP vprašalnika/ First part of the MNA questionnaire	Dosežene točke/ Achieved points	n (%)
	12 do 14	38 (95 %)
MPP1	8 do 11	2 (5 %)
	0 do 7	/
Skupaj		40 (100 %)

Legenda/Legend: MPP/MNA – Mini prehranski pregled/Mini nutritional assessment; n – število/number; % – odstotek/percentage

Rezultati prvega dela prehranskega pregleda, tj. presejanja (MPP1), so pokazali tveganje za podhranjenost za dva udeleženca (8 do 11 točk). Izvedba poglobljene ocene prehranskega statusa (MPP2) je pokazala, da je bil en udeleženec (2,5 % udeležencev) s tveganjem za podhranjenost normalno

hranjen (24 do 30 točk), za drugega pa je pregled MPP2 potrdil tveganje za podhranjenost (17 do 23,5 točke) (2,5 % udeležencev).

## Diskusija

V raziskavi so nas vodila raziskovalna vprašanja, usmerjena v analizo: (1) skladnosti jedilnikov v socialnovarstvenem zavodu s priporočili; (2) ostanka posameznih hranil pri starejših; (3) razlik med moškimi in ženskami v ostanku posameznih hranil ter (4) prehranskega stanja starejših. Z analizo jedilnikov za starejše smo ugotovili, da nekatera hranila s svojimi vrednostmi od priporočil (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016) odstopajo. Z vidika makrohranil so to predvsem maščobe, ki s povprečnim tedenskim deležem 32,9 % celotne količine energije presegajo priporočila (Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2010; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016). Delež prispevka makrohranil k skupnemu energijskemu vnosu se med dnevi v tednu tudi zelo razlikuje. Tako npr. delež maščob niha med 20 % v petek in 45 % (tj. precej nad priporočili) v nedeljo. Previsok vnos maščob je povezan s pojavom čezmerne telesne mase in debelostjo ter boleznimi srca in ožilja (Gabrijelčič Blenkuš, et al., 2010). V jedilnikih bi lahko zmanjšali delež maščob na račun povečanja deleža sestavljenih ogljikovih hidratov. Starostnikom bi lahko pri obrokih ponudili manj mastne izdelke (npr. posneto mleko, pusto meso), ribe, oreščke in več polnozrnatih izdelkov, sadja ter zelenjave, tako bi jedilniki vsebovali tudi več prehranskih vlaknin, omega-3-maščobnih kislin, vitamina D ter manj holesterola.

Skoraj vsi vitamini in minerali, vključeni v analizo, so s svojimi vrednostmi presegli priporočilo, vendar so v skladu s priporočili še v dopustnih mejah. Izjemi sta bili vitamin D, katerega vrednosti so se gibale krepko pod priporočilom, in železo, ki je bilo s svojo vrednostjo vsak dan nad priporočilom. Tudi iz raziskav drugih (Elmadfa & Meyer, 2008) je razvidno pomanjkanje vitamina D v prehrani med starejšimi, le-to pa ima lahko pomemben vpliv na zdravje starejših. Sawka in sodelavci (2010) potrjujejo, da vitamin D, predvsem vnos vitamina D<sub>3</sub> v vrednosti ≥ 800 IE peroralno dnevno, zmanjša tveganje za zlom kolka, saj pripomore k boljši absorpciji kalcija. Pomen zagotavljanja vnosa vitamina D v vrednosti 7000–1000 IE (17,5–25 µg) priporočajo tudi do sedaj opravljeni sistematični pregledi in metaanalize literature (Leslie & Hankey, 2015). V človeški koži, če je le-ta izpostavljena sončni svetlobi, se le-ta v zadostni meri biosintetizira, tako da med pomladjo in jesenjo dnevne potrebe lahko pokrijemo že s 15-minutno zmerno izpostavljenostjo soncu, npr. s sprehodom, če so soncu izpostavljene roke in obraz (Nacionalni portal o hrani in prehrani, n. d.).

V literaturi smo zasledili zgornjo še dovoljeno mejo za dnevni vnos železa za starejše, in sicer je zgornja dovoljena dnevna količina železa, ki znaša za odrasle,

stare med 51 in 70 let, ter za starejše od 70 let 45 mg (Escott-Stump, 2015). Prekomeren vnos železa povzroča obstipacijo, slabost, bruhanje in drisko (Rolfes, et al., 2009), železo namreč lahko hitro spremeni svoje oksidacijsko stanje in ustvari kisikove proste radikale, ki so za celice izjemno strupeni in jih poškodujejo. Vnos železa mora biti zato v ravno pravih mejah, saj previsoki odmerki lahko poškodujejo jetra, trebušno slinavko in srce (Nacionalni portal o hrani in prehrani, n. d.). V skladu s tem menimo, da bi vrednosti železa v jedilnikih za starejše lahko dosegale nižje vrednosti, saj le-to lahko deluje prooksidativno (Fraga, 2005; Nacionalni portal o hrani in prehrani, n. d.).

Drugo in tretje zastavljeno raziskovalno vprašanje se nanašata na analizo ostankov hrane in razlik med moškimi in ženskami v ostanku hranil. Na podlagi raziskave ugotavljamo, da se ostanki v povprečju pojavljajo pri vseh hranilih. Razpon minimalnega in maksimalnega deleža ostankov hranil v skupini udeležencev nakazuje na velike razlike med posamezniki. Tako npr. ostanek omega-6-maščobnih kislin pri moških niha od 0 do 62 %, kar kaže na posameznike, pri katerih ni bilo ostankov tega hranila, in posameznike, pri katerih je bil ostanek več kot 60 %. V primerjavi z moškimi so ženske v povprečju imele večje ostanke pri vseh hranilih. Statistično značilne razlike v ostankih hranil med moškimi in ženskami so se pokazale pri maščobah, holesterolu, vitaminu D in vitaminu B<sub>12</sub>.

Ob zaključkih glede ostankov hranil je treba opozoriti, da kuhinjsko osebje pri vsakdanjem razdeljevanju hrane upošteva tudi želje stanovalcev glede velikosti porcij in zamenjave določenih živil, zato rezultati ocenjevanja ostankov hrane in hranil niso posplošljivi, saj se v praksi ostanki spreminjajo od obroka do obroka. V raziskavi smo ocenjevali izključno hrano, ki jo pripravlja kuhinja socialnovarstvenega zavoda, upoštevati pa je treba, da nekateri starejši določene obroke izpuščajo ali odhajajo na obisk in obroke domov. Slednjega v raziskavi nismo upoštevali, saj namen raziskave ni bil ugotavljati povezanosti med ponujeno hrano in prehranskim stanjem posameznega starejšega.

Zadnje zastavljeno raziskovalno vprašanje se nanaša na oceno prehranskega stanja med udeleženci. Številni viri (van Nie-Visser, et al., 2011; Donini, et al., 2013; Riches & Jeanes, 2014; Amorim Sena Pereira, et al., 2015) poročajo o pojavu podhranjenosti starejših v socialnovarstvenih zavodih, česar pa naša raziskava ne potrjuje. Podatki o vrednostih ITM za udeležence raziskave kažejo, da sta bila 2 udeležence normalno hranjena, ostalih 38 (95 % vseh udeležencev) pa je imelo vrednost ITM, ki kaže prekomerno hranjenost ali debelost. Rezultati MPP pa so pokazali tveganje za podhranjenost pri enem udeležencu. Tudi predhodne raziskave (de Souto Barreto, et al., 2012; Lopez-Contreras, et al., 2014) ugotavljajo prisotnost prekomerne telesne mase in debelosti med starejšimi v socialnovarstvenih zavodih ter razložijo, da je debelost pri starejšimi pogosteje prisotna med mlajšimi starejšimi in med

starejšimi, ki so bolj samostojni (de Souto Barreto, et al., 2012). V naši raziskavi so sodelovali le starejši stanovalci, ki so bili samostojni, vendar pa velikost vzorca ne dopušča sklepanja o morebitni povezanosti samostojnosti starejših in prekomernosti telesne mase.

Zaradi majhnega vzorca se v raziskavi tudi nismo odločili za ugotavljanje razlik v prehranjenosti med moškimi in ženskami. Dosedanje raziskave namreč nakazujejo večjo verjetnost podhranjenosti med moškimi, in sicer tako v domačem (Kvamme, et al., 2011) kot tudi v institucionalnem okolju (Amorim Sena Pereira, et al., 2015). Toda dokazi o tem niso povsem zanesljivi (Torres, et al., 2014) saj kažejo tudi na druge možne razloge za razlike med spoloma v podhranjenosti in na vpliv samega uporabljenega diagnostičnega kriterija za merjenje podhranjenosti (López-Contreras, et al., 2014). Poleg majhne velikosti vzorca večje posploševanje ni mogoče tudi zaradi omejitve strukture vzorca na samostojne in pomicne stanovalce socialnovarstvenih zavodov brez večjih zdravstvenih težav. Ugotovitev torej ne moremo posploševati na celotno populacijo starejših, pa tudi ne na vse stanovalce socialnovarstvenih zavodov v Sloveniji. Zaradi navedenih razlogov bi bile za ustrezno oceno stanja v Sloveniji potrebne nadaljnje raziskave.

Pomembno je, da zaposleni v zdravstveni negi dobro poznajo individualne potrebe, želje, zmožnosti in navade starejših v socialnovarstvenih zavodih, da lahko temu prilagodijo izvajanje aktivnosti, povezanih z uživanjem hrane in pijače. Po mnenju Kobentar in Marinič (2000) je namreč treba upoštevati številne organske in druge motnje, ki lahko vplivajo na zmožnost prehranjevanja v starosti. Poleg tega imajo zaposleni v zdravstveni negi tudi možnost zdravstvenovzgojnega delovanja v primeru, ko ugotovijo pomanjkanje znanja ali potrebo po spreminjanju prehranjevalnih navad pri starejšemu, oz. mu pomagajo pri ohranjanju zdravih vedenjskih vzorcev, povezanih z uživanjem hrane in pijače. Če želimo individualne potrebe posameznika uskladiti s prehranskimi priporočili in smernicami za starejše, je nenazadnje nujno potrebno tudi medpoklicno sodelovanje.

## Zaključek

Kljub omejitvam raziskave pridobljeni rezultati opozarjajo na potrebo po nadzoru kakovosti prehrane starejših v socialnovarstvenem zavodu, saj je analiza pokazala odstopanja od priporočenih vrednosti makrohranil (maščobe, tekočina) in mikrohranil (predvsem vitamin D in železa) ter nakazala možno prisotnost prekomerne telesne mase in debelosti pri starejših. Ustrezen vnos hranil pri starejših, vključenih v socialnovarstvene zavode, lahko zagotovimo z rednim spremljanjem ponujene in zaužite hrane ter z rednim tedenskim izvajanjem prehranskega presejanja. Individualni prehranski načrt predstavlja možnost in priložnost, s katero bi se na področju zagotavljanja

kakovostne prehranske obravnave bolj približali značilnostim starejšega kot posameznika. V tem delu se vlogi zdravstvene nege in dietetike nepogrešljivo in nujno prepletata.

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

## Financiranje/Funding

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

## Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013).

## Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva in vodilna avtorica sta načrtovali raziskavo in sodelovali v pripravi vseh delov članka (Uvod, Metode, Rezultati (analiza in opis rezultatov), Diskusija in Zaključek). Druga in tretja avtorica sta sodelovali pri pripravi Uvoda, Metod, Rezultatov (opis rezultatov), Diskusije in Zaključka./The first author and the leading author designed the study and participated in the writing of the following sections: Introduction, Methods, Results (analysis and description of results), Discussion and Conclusion. The second author and the third author participated in the writing of the following sections: Introduction, Methods, Results (description of results), Discussion and Conclusion.

## Literatura

Amorim Sena Pereira, M.L., de Almeida Moreira, P., Cunha de Oliveira, C., Carneiro Roriz, A.K., Reis Amaral, M.T., Lima Mello, A., et al., 2015. Nutritional status of institutionalized elderly Brazilians: a study with the Mini Nutritional Assessment. *Nutricion Hospitalaria*, 31(3), pp. 1198–1204. <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.3.8070>

Bjornsdottir, R. Oskarsdottir, E.S., Thordardottir, F.R., Ramel, A., Thorsdottir, I. & Gunnarsdottir, I., 2013. Validation of a plate diagram sheet for estimation of energy and protein intake in hospitalized patients. *Clinical Nutrition*, 32(5), pp. 746–751. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2012.12.007>

van Bokhorst-de van der Schueren, M.A.E., Soeters, P.B., Reijven, P.L.M., Allison, S.P. & Kondrup J., 2011. Diagnosis of malnutrition – screening and assessment. In: L. Sobotka, ed. *Basics in Clinical Nutrition*. 4th ed. Prague: Galen, pp. 21–32.

Cederholm, T., 2015. *Epidemiology, aetiology and consequences of malnutrition in older adults*. ESPEN LLL Programme. Available at: [http://lllnutrition.com/mod\\_III/TOPI36/m361.pdf](http://lllnutrition.com/mod_III/TOPI36/m361.pdf) [10. 5. 2017].

Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., et al., 2017. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), pp. 49–64. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.004>

Deutz, N.E., Bauer, J.M., Barazzoni, R., Biolo, G., Boirie, Y., Bosp-Westphal, A., et al., 2014. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clinical Nutrition*, 33(6), pp. 929–936. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.04.007>.

Donini, L.M., Neri, B., De Chiara, S., Poggiogalle, E., & Muscaritoli, M., 2013. Nutritional care in a nursing home in Italy. *Plos ONE*, 8(2), art. ID e55804, pp. 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055804>

Drewnowski, A., Monsen, E., Birkett, D., Gunther, S., Vendeland, S., Su, J., et al., 2003. Health screening and health promotion programs for the elderly. *Disease Management & Health Outcomes*, 11(5), pp. 299–309. <https://doi.org/10.2165/00115677-200311050-00003>

Eide, H.D., Halvorsen, K. & Almendingen, K., 2015. Barriers to nutritional care for the undernourished hospitalised elderly: perspectives of nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, 24(5/6), pp. 696–706. <https://doi.org/10.1111/jocn.12562> PMID:24646060; PMCID:PMC4359674

Elmadfa, I., & Meyer, A.L., 2008. Body composition, changing physiological functions and nutrient requirements of the elderly. *Annals Of Nutrition & Metabolism*, 52(Suppl 1), pp. 2–5. <https://doi.org/10.1159/000115339>

Escott-Stump, S., 2015. *Nutrition and diagnosis-related care*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, p. 64.

ESPEN, n. d. *Unit resident list and outcomes*. Available at: [https://www.nutritionday.org/cms/front\\_content.php?idart=531](https://www.nutritionday.org/cms/front_content.php?idart=531) [10. 5. 2017].

Fakhouri, T.H., Ogden, C.L., Carroll, M.D., Kit, B.K., & Flegal, K.M., 2012. Prevalence of obesity among older adults in the United States, 2007–2010. *National Center for Health Statistics data brief*, 106, pp. 1–8. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db106.pdf> [10. 5. 2017].

Fraga, C.G., 2005. Relevance, essentiality and toxicity of trace elements in human health. *Molecular aspects of medicine*, 26(4/5), pp. 235–244. <https://doi.org/10.1016/j.mam.2005.07.013>

- Gabrijelčič Blenkuš, M., Stanojević Jerković, O., Đukič, B., Prezelj, M., Ješe, M., Škornik Tovornik, T., et al., 2010. *Prehrana in telesna dejavnost za zdravje pri starejših – pregled stanja*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/prehranaintelesnadejavnostsarejsh\\_4940.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/prehranaintelesnadejavnostsarejsh_4940.pdf) [29. 1. 2016].
- Gorjup Poženel, D. & Skela Savič, B., 2013. Vloga zdravstvene nege pri prehranski ogroženosti starostnikov. *Kakovostna starost*, 16(2), pp. 13–21.
- Guigoz, Y. 2006. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the literature – What does it tell us? *The Journal of nutrition, health & aging*, 10, pp. 466–487. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.83>
- Gutiérrez-Fisac, J.L., Lopez E., Banegas J.R., Graciani A. & Rodríguez-Artalejo, F., 2004. Prevalence of overweight and obesity in elderly people in Spain. *Obesity research*, 12(4), pp. 710–715. <https://doi.org/10.1038/oby.2004.83>
- Hlastan Ribič, C., Šerona, A., Maučec Zakotnik, J. & Borovničar, A., 2012. Čezmerna hranjenost in debelost. In: J. Maučec Zakotnik, S. Tomšič, T. Kofol Bric, A. Korošec & L. Zaletel Kragelj, eds. *Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2001–2004–2008*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 151.
- Hlebec, V., Kavčič, M. & Ogulin Počrvina, G., 2013. Staranje, izziv za izobraževanje in medgeneracijsko sodelovanje. Ljubljana: Zveza ljudskih univerz Slovenije, 2013.
- Inštitut Jožef Stefan, n. d. *OPKP – Odprta platforma za klinično prehrano*. Available at: [http://www.opkp.si/sl\\_SI/cms/vstopna\\_stran](http://www.opkp.si/sl_SI/cms/vstopna_stran) [30. 3. 2016].
- Kobentar, R. & Marinčič, M., 2000. Organske spremembe in motnje prehranjevanja v starosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 34(5/6), pp. 209–214. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2000.34.3.209> [30. 3. 2016].
- Kvamme, J., Olsen, J., Florholmen, J. & Jacobsen, B., 2011. Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: the Tromsø study. *Quality Of Life Research*, 20(4), pp. 575–582. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9788-0> PMID:21076942; PMCID:PMC3075394
- Leslie, W. & Hankey, C., 2015. Aging, nutritional status and health. *Healthcare*, 3(3), pp. 648–658. <https://doi.org/10.3390/healthcare3030648>
- López-Contreras, M. J., López, M. Á., Canteras, M., Candela, M. E., Zamora, S., & Pérez-Llamas, F., 2014. Identification of different nutritional status groups in institutionalized elderly people by cluster analysis. *Nutricion Hospitalaria*, 29(3), pp. 602–610. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.3.7194>
- Ministrstvo za zdravje RS, 2008. *Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane*. Available at: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno\\_zdravje\\_09/Priporocila\\_za\\_prehransko\\_obravnavo\\_bolnikov.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Priporocila_za_prehransko_obravnavo_bolnikov.pdf) [16. 12. 2016].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. *Referenčne vrednosti za energijski vnos ter vnos hranil: tabelarična priporočila za otroke (od 1. leta starosti naprej), mladostnike, odrasle, starejše, nosečnice ter doječe matere*. Available at: [http://www.mz.gov.si/07007943.php/delovna\\_podrocja\\_in\\_prioritete/javno\\_zdravje/varovanje\\_in\\_krepitev\\_zdravja/prehrana/strateske\\_usmeritve\\_smernice\\_in\\_publicacije/](http://www.mz.gov.si/07007943.php/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/varovanje_in_krepitev_zdravja/prehrana/strateske_usmeritve_smernice_in_publicacije/)[17. 4. 2016].
- Nacionalni portal o hrani in prehrani, n. d. Vitamin D. Inštitut za nutricionistiko. Available at: <http://prehrana.si/sestavine-zivil/vitamini/vitamin-d> [19. 5. 2017].
- van Nie-Visser, N.C., Meijers, J.M., Schols, J.M., Lohrmann, C., Bartholomeyczik, S., & Halfens, R.J., 2011. Comparing quality of nutritional care in Dutch and German nursing homes. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(17/18), pp. 2501–2508. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03761.x>
- Poklar Vatovec, T. 2013. Prehransko presejanje v domu za starejše občane. In: G. Valenčič, ed. *Prehrana starostnika: zbornik predavanj*. Ljubljana: Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 47–57.
- Poklar Vatovec, T., Bizjak, M. & Jakus, T., 2013. *Praktično usposabljanje III: praktikum: podiplomski študij Dietetika*. Koper: Založba Univerze na Primorskem. Available at: [http://www.fvz.upr.si/sites/default/files/f\\_1046.pdf](http://www.fvz.upr.si/sites/default/files/f_1046.pdf) [6. 2. 2016].
- Power, S.E., Jeffery, I.B., Ross, R.P., Stanton, C., O'Toole, P.W., O'Connor, E.M., et al., 2014. Food and nutrient intake of Irish community-dwelling elderly subjects: who is at nutritional risk? *Journal of nutrition, health, and aging*, 18(6), pp. 561–572. <https://doi.org/10.1007/s12603-014-0449-9>
- Razpotnik, B., 2017. Projekcije 2015: v 2080 naj bi bilo prebivalcev Slovenije manj kot danes, delež starejših višji. In: Projekcije prebivalstva za Slovenijo. Statistični urad Republike Slovenije. Available at: <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=6584> [3. 7. 2017].
- Resolucija o nacionalnem programu o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025*, 2015. Uradni list Republike Slovenije št. 58.
- Riches, K., & Jeanes, Y., 2014. The prevalence of malnutrition in elderly residents in a warden-assisted setting compared with a home-living environment. *British Journal Of Community Nursing*, 19(7), pp. 324–327. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.7.324> PMID:25039339

Rolfes, S.R., Pinna, K., & Whittney, E., 2009. *Understanding normal and clinical nutrition*. 8th ed. Belmont: Wadsworth Cengage Learning, pp. 447–449. Available at: <http://www.uphsl.edu.ph/library/ebooks/Medical/Understanding%20Normal%20&%20Clinical%20Nutrition%202.pdf> [19. 5. 2017].

Sawka, A. M., Ismaila, N., Cranney, A., Thabane, L., Kastner, M., Gafni, A., et al., 2010. A scoping review of strategies for the prevention of hip fracture in elderly nursing home residents. *Plos ONE*, 5(3), art. ID e9515, pp. 1–10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009515>

de van der Schueren, M.A.E., 2015. *Nutritional screening, assessment and diagnosis dietary advice and oral nutritional supplements in older adults*. ESPEN LLL Programme. Available at: [http://lllnutrition.com/mod\\_III/TOPIC36/m362.pdf](http://lllnutrition.com/mod_III/TOPIC36/m362.pdf) [10. 5. 2017].

Skela Savič, B., Hvalič T.S. & Zurc, J., 2010. Staranje populacije, potrebe starostnikov in nekateri izzivi za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 89–100. Available at: [http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten\\_clanek.aspx?ID=582e6ede-9bf2-4e25-842c-8675aa56283c](http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=582e6ede-9bf2-4e25-842c-8675aa56283c) [10. 5. 2017].

de Souto Barreto, P., Zanandrea, V., Lapeyre-Mestre M., Cesari, M., Vellas, B. & Rolland, Y., 2015. Obesity in nursing home residents: a cross-sectional study. *Journal of Nursing Home Research*, 1, pp. 6–10. Available at: <http://www.jnursinghomereseach.com/all-issues.html?a=2015&n=01> [12. 5. 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. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [30. 6. 2017].

Thomas, J.M., Cooney, L.M., & Fried, T.R., 2013. Systematic review: health-related characteristics of elderly hospitalized adults and nursing home residents associated with short-term mortality. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 61(6), pp. 902–911. <https://doi.org/10.1111/jgs.12273>

Torres, M. J., Dorigny, B., Kuhn, M., Berr, C., Barberger-Gateau, P., & Letenneur, L. 2014. Nutritional status in community-dwelling elderly in France in urban and rural areas. *Plos ONE*, 9(8), art. ID e105137, pp. 1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105137>

*Zakon o socialnem varstvu*, 2007. Uradni list Republike Slovenije, št. 3.

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Urh, N., Babnik, K., Rebec, D. & Poklar Vatovec, T., 2017. Ocena prehranskega stanja starejših v socialnovarstvenem zavodu. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), pp. 207–218. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.3.167>



Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Analiza vodenja potermenske nosečnosti v Sloveniji v letu 2012 Analysis of post-term pregnancy management in Slovenia in 2012

Klavdija Obreza, Ivan Verdenik, Ana Polona Mivšek

**Ključne besede:** nosečnost po predvidenem datumu poroda; indukcija poroda; carski rez

**Key words:** post-term pregnancy; induction of labour; cesarean section

Klavdija Obreza, dipl. bab.; Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za perinatologijo, Šlajmerjeva 6a, 1000 Ljubljana, Slovenija

*Kontaktne e-naslov/  
Correspondence e-mail:*  
klavdija.obreza@gmail.com

dr. Ivan Verdenik, univ. dipl. ing. el.; Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za perinatologijo, Enota za raziskovanje, Šlajmerjeva 6a, 1000 Ljubljana, Slovenija

doc. dr. Ana Polona Mivšek, dipl. bab.; Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

### IZVLEČEK

**Uvod:** V literaturi je potermenska nosečnost različno opredeljena, prav tako tudi ukrepi v zvezi z njo. Podaljšanje nosečnosti preko 41. tedna nosečnosti prinaša dodatna tveganja za plod, zato se v tem primeru pogosto sprejme odločitev o indukciji poroda. Tudi slednja prinaša za žensko in plod določena tveganja, predvsem v smislu povečane potrebe po izhodnih porodniških operacijah.

**Metode:** Uporabljen je bil kvantitativni pristop; raziskava je bila zasnovana na podatkih iz nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema za leto 2012. V analizo je bilo vključenih 10.163 porodov s potermensko nosečnostjo. Analiza je bila narejena s pomočjo statističnega programa SPSS verzija 18.0, pri čemer je bila uporabljena opisna statistika.

**Rezultati:** Ugotovljeno je bilo, da delež induciranih porodov z višjo gestacijsko starostjo narašča (po 42. tednu gestacijske starosti znaša 41,8 %), s čimer narašča tudi delež operativno dokončanih porodov (po 42. tednu gestacijske starosti se 24,9 % porodov dokonča s carskim rezom ali vakuumsko ekstrakcijo).

**Diskusija in zaključek:** Rezultati o načinu dokončanja poroda po predvidenem datumu poroda v Sloveniji v proučevanem obdobju so primerljivi rezultatom tuje strokovne in znanstvene literature. V nadaljnjem raziskovanju bi bilo smiselno zajeti tudi podatke o kondiciji novorojenčkov, saj zgolj način dokončanja poroda ni kazalec zdravstvenega stanja novorojenca. Smiselno bi bilo proučevati oceno novorojenčka po Apgarjevi, sprejem novorojenca na enoto intenzivne nege in terapije, vrednosti pH krvi in potrebne ukrepe reanimacije novorojenčka.

### ABSTRACT

**Introduction:** There are various definitions of post-term pregnancy found in the literature, so guidelines for its management also vary. Pregnancy after 41 weeks of gestation results in additional risks for the foetus, so a decision to induce labour is often taken. However, induction can also cause certain complications and increase the need for proceeding to an operative birth.

**Methods:** A quantitative approach was used in the research, which was based on data taken from the national perinatal information system. 10,163 births following post-term pregnancies were included in the analysis. Analysis was conducted with the statistical programme SPSS version 18.0, using descriptive statistics.

**Results:** It has been established that with the extension of the pregnancy, the induction rate increases; after the 42nd week of gestation it reaches 41.8 %. Simultaneously, also the rate of operative deliveries grows and reaches 24.9 % after the 42nd week of gestation.

**Discussion and conclusions:** The results on the type of labour in the case of post-term pregnancies in Slovenia confirm the findings of foreign research studies. Further research should focus on the state of health of post-mature newborn infants since the manner of completing the pregnancy does not necessarily indicate the well-being of a newborn infant. It might be useful to research Apgar scores, admission rates to intensive care units, blood pH values and reanimation procedures.

Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Klavdije Obreza *Potermenska nosečnost* (2016).

*Prejeto/Received:* 29. 3. 2017  
*Sprejeto/Accepted:* 4. 9. 2017

## Uvod

Ob pregledu domače in tuje literature naletimo na različne definicije nosečnosti po predvidenem datumu poroda (PDP). Pojavljajo se trije izrazi, ki se v teoriji in praksi uporabljajo za različna stanja, in sicer potermimska nosečnost, podaljšana nosečnost in postdatizem. Pajntar (2015a) piše o podaljšani ali poterminski nosečnosti, kadar nosečnost traja več kot 294 dni, kar znaša 42 tednov od prvega dne zadnje menstruacije oziroma več kot 280 dni (40 tednov) od ovulacije, pri kateri je prišlo do zanositve. Harder in Hauser (2007) v primeru, če se otrok ne rodi do predvidenega termina poroda, najprej govorita o prekoračitvi termina poroda (podaljšana nosečnost, tj. od 40. 1/7 tedna nosečnosti do 41. 6/7 tedna nosečnosti), v primeru nosečnosti po 42. tednu pa to imenujeta potermimska nosečnost oz. prenošenost (gestacijsko starost izrazimo v polnih tednih in dnevih kot sedminah tedna). Gülmezoglu in sodelavci (2012) nosečnost po 42. tednu imenujejo potermimska nosečnost ali postdatizem; torej izraza enakovredijo.

V Sloveniji izraza podaljšana in potermimska nosečnost enakovredimo, in sicer z njima označujemo nosečnost po dopolnjenem 42. tednu, izraz prenošenost se uporablja izključno za opis novorojenčkovega stanja in ne za dolžino nosečnosti. Pajntar (2015a) poudarja, da se izraza podaljšana nosečnost in potermimska nosečnost nanašata na klinično ugotovljeno dolžino nosečnosti, medtem ko se izraza prenošenost in postmaturnost uporabljata le v zvezi z otrokom, ki kaže znake prenošenosti oz. postmaturnosti. Balchin in sodelavci (2007) pa opozarjajo, da pri ugotavljanju podaljšanih nosečnosti zgolj s sklicevanjem na gestacijsko starost, določeno s pomočjo Naegalejeve formule ali z ultrazvočno preiskavo v zgodnji nosečnosti, prezremo nosečnice, za katere je značilna krajša gestacijska starost, kot je to v primeru žensk iz južne Azije in pri temnopoltih. To nakazuje na potrebo po skrbnejšem nadzoru nosečnic po dopolnjenem 40. tednu gestacijske starosti, in ne šele po 41. tednu nosečnosti.

Tako v Sloveniji kot v svetu je stališč, kako pristopiti k spremljanju in vodenju poterminskih nosečnosti, več. Dve glavni stališči sta konzervativno in agresivno. Skrajno konzervativno stališče predvideva, da se večina poterminskih nosečnosti zaključí s spontanim začetkom poroda. V primeru ugodnega napredovanja poroda je možen vaginalni porod, sicer se ob znakih fetalnega distresa, nenapredovanja poroda ali na podlagi drugih indikacij odloči za urgentno operativno dokončanje poroda (vakuumska ekstrakcija ali carski rez). Na drugi strani skrajno agresivno stališče predvideva čim hitrejši zaključek nosečnosti, ko le-ta prekorači PDP. Obe skrajni stališči imata pomanjkljivosti, tako da se za vodenje priporoča srednja pot (Pajntar, 2015a).

Vendar pa je, kot že omenjeno, definicija prolongirane, tj. podaljšane nosečnosti pri različnih avtorjih različna, zato tudi njeno pogostost različni avtorji (Willacy,

2012; Lockwood, 2014; Thorogood & Donaldson, 2015) ocenjujejo različno. Razlike v prevalenci so lahko tudi posledica netočno izračunanih PDP in različnih protokolov glede določanja posttermimske, tj. potermimske nosečnosti in posledično indukcije poroda. Britanski inštitut za klinično odličnost (National Institute for Clinical Excellence – NICE) tako podaja informacijo, da je incidenca podaljšane nosečnosti v svetu 5–10 % (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2008). To pomeni, da je v Sloveniji vsako leto 1000–2000 porodov po PDP. Pajntar (2015a) navaja, da je zaradi napačno določenega PDP približno 40–70 % diagnoz poterminskih nosečnosti nepravilnih.

Vzrok potermimske nosečnosti je v večini neznan. Najpogosteje se sicer ugotavlja, da je opredelitev posamezne nosečnosti za potermimsko pravzaprav neupravičena, in sicer zaradi napake v oceni višine nosečnosti oz. zaradi napake v izračunu PDP. Na podaljšanje nosečnosti vplivajo nepravilnosti plodovega hipotalamusa in hipofize ali nadledvičnih žlez. Podaljšana nosečnost je lahko posledica nespremenjenega stanja plodovih glukokortikoidov v plazmi, hormonskih motenj in kongenitalnih anomalij ploda (Pajntar, 2015a). Harder in Hauser (2007) opisanim vzrokom dodajata še podvrženost posamezne ženske, tj. nosečnice poterminski nosečnosti, torej dedno obremenjenost. Ista avtorja tudi pišeta, da je v primeru točne določitve PDP približno 5 odstotkov nosečnosti, ki presegajo 42 tednov. Teorij, zakaj se porod ne sproži pravočasno, je več, in sicer od somatskih do psihosomatskih, kot je tudi hipotez o vzrokih za začetek poroda več.

Med najpogostejša dejavnika tveganja, da se porod ne prične do PDP, spadata prvorodnost, oz. pri mnogorodnicah potermimska nosečnost, v kateri koli izmed prejšnjih nosečnosti. Med ostale dejavnike tveganja spadata še moški spol ploda in genetski dejavniki (Berkowitz & Garite, 2008). Rimmer (2014) navaja, da možnost za podaljšano nosečnost pada z vsako naslednjo nosečnostjo, v primeru da je oče otrok isti, sicer je verjetnost za potermimsko nosečnost enaka kot pri prvi nosečnosti. El-Gilany in Hammad (2010) sta v svoji raziskavi dokazala povezanost med povišano telesno težo in potermimsko nosečnostjo. Denison in sodelavci (2008) so njuno trditev nadgradili z dognanjem, da je ključnega pomena tudi to, za koliko se poveča indeks telesne mase v nosečnosti – tiste nosečnice, ki v nosečnosti pridobijo veliko kilogramov, so bolj podvržene nosečnosti po 40. tednu. To bi pomenilo, da bi z omejitvijo prekomernega pridobivanja telesne teže v nosečnosti lahko znižali verjetnost poroda po PDP. Preprečevanje potermimske nosečnosti je pomembno, saj je indukcija poroda zaradi potermimske nosečnosti lahko povezana s številnimi resnimi zapleti (Caughey, 2015). Ključnega pomena pa je tudi natančna določitev PDP z ultrazvočnim pregledom v zgodnji nosečnosti.

Tudi potermimska nosečnost sama lahko predstavlja tveganje, in sicer tako za mamo kot za otroka. Perinatalna umrljivost je najmanjša pri novorojenčkih, rojenih ob 40. tednu gestacijske starosti. Perinatalna umrljivost z višanjem gestacijske starosti do PDP pada, vendar pa se po PDP začne znova večati (Novak Antolič & Verdenik, 2015). Harder in Hauser (2007) navajata, da se pri nosečnostih, ki presežejo 42 tednov (delež le-teh glede na vse nosečnosti je 5 %), v približno 40 % razvije placentalna insuficienca z znaki prenošenosti. Le-ta se lahko kaže tudi že pri približno 20 % plodov po dopolnjenem 40. tednu gestacijske starosti. Znaki placentalne insuficience pri plodu so odvajanje mekonija, oligohidramnij, suspekten ali patološki kardiokotogram, malo podkožnega maščevja in suha ter nagubana koža. Pri podaljšani nosečnosti obstaja tudi povečano tveganje za stisk popkovnice, kar pri novorojenčku lahko povzroči hipoglikemijo, policitemijo, epileptični napad ali respiratorno insuficienco. Perinatalna umrljivost je po 42. tednu 2-krat večja kot ob PDP, po 43. tednu 4-krat večja in po 44. tednu kar 5-krat do 7-krat večja (Caughey, 2015). Pri novorojenčku se kot najpogostejši zapleti pojavljajo aspiracija mekonija, obporodna asfiksija, nizka ocena po Apgarjevi, makrosomija, kot posledica slednje pa se pogosteje pojavljajo tudi obporodne poškodbe, kot so zlomi ključnice, kefalhematom in poškodbe brahialnega pleteža (Slome Cohain, 2012).

Glavna tveganja za nosečnico oz. porodnico ob poterminski nosečnosti so posledica plodove makrosomije. Pri porodnicah, ki rojevajo po 40. tednu nosečnosti, je večja možnost distocije ramen (9–12 %, ob terminu poroda: 2–7 %), carskih rezov (14 %, med ob terminu poroda: 7 %), raztrganin presredka (3,3 %, ob terminu poroda: 2,6 %) in pogostejši pojav anksioznosti (Berkowitz & Garite, 2008; Caughey, 2015). Kljub povečanemu deležu zastoja ramen pri porodih po PDP pa sta Gherman in Ouzounian (2005) ugotovila, da makrosomija in potermimska nosečnost nista zanesljiv napovedovalec zastoja ramen.

Pajntar (2015c) za sprožitev poroda priporoča naslednje 4 metode: luščenje mehurja (stripping), umetno predrtje plodovega mehurja (amniotomija), oksitocinski preparati (oksitocin sam ali eden od prostaglandinov) in mehanske metode (balonski katetri). Anthony Iyoke in sodelavci (2014) ob tem opozarjajo, da indukcija poroda ni nujno vedno uspešna in lahko za ženske prinaša dodatna tveganja, saj je potreba po carskem rezu ali operativnem dokončanju poroda večja v primeru indukcije, kot če se porod začne spontano. Heimstad in sodelavci (2006) so tudi ugotovili, da je v primeru inducirane poroda v 40. ali 42. tednu večji odstotek podaljšane prve in druge porodne dobe. Kljub temu so se nosečnice v veliko primerih raje odločile za indukcijo poroda v 41. tednu kot za strožji nadzor in spremljanje v poterminski nosečnosti. Gülmezoglu in sodelavci (2012) ugotavljajo, da je indukcija poroda v 41.

tednu gestacijske starosti v primerjavi s čakanjem na spontani začetek poroda 1 teden povezana z manjšim številom perinatalnih smrti in manjšim tveganjem sindroma mekonijske aspiracije v 41. oz. 42. tednu. Vseeno pa se je ob tem treba zavedati možnih zapletov pri indukciji poroda, in sicer večje možnosti izpada popkovnice, raztrganin maternice in poporodnih krvavitev (Thorogood & Donaldson, 2015).

Kdaj potermimska nosečnost torej predstavlja večje tveganje za žensko in otroka v primerjavi s tveganji indukcije poroda? Na splošno velja, da prenošenost otroku bolj škoduje kot koristi (Felc, 2008). Vendar pa Berkowitz in Garite (2008) ob tem dodajata, da je prenošenost novorojenčka težko predvideti, preden novorojenčka vidimo. Dokazano je, da se znaki pogosteje pojavljajo po 42. tednu nosečnosti, še posebej takrat, ko je potermimska nosečnosti pridružen še oligohidramnij. Hovi in sodelavci (2006) povzemajo, da se le majhen odstotek podaljšanih nosečnosti kaže kot prenošenost, kar je najverjetneje posledica različnih definicij potermimske nosečnosti.

### *Namen in cilji*

Do sedaj za slovensko populacijo analiza porodov po PDP še ni bila objavljena. Glavni namen je bil zatorej ugotoviti višino gestacijske starosti, ko je v Sloveniji število induciranih porodov zaradi potermimske nosečnosti najpogostejše. Želeli smo tudi ugotoviti povezavo med indukcijo poroda in izidom poroda. Raziskovalna vprašanja so bila naslednja:

- Kolikšen je delež porodov po 40. tednu gestacije v Sloveniji?
- Kolikšen je delež indukcij poroda na podlagi indikacije potermimske nosečnosti?
- Kolikšen delež induciranih porodov zaradi potermimske nosečnosti se je zaključil z operativnim dokončanjem in koliko s spontanim vaginalnim porodom?

### **Metode**

Uporabljen je bil kvantitativni pristop; raziskava je bila zasnovana na podatkih iz Perinatalnega informacijskega sistema Republike Slovenije za leto 2012 (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013).

### *Opis vzorca*

V namenski vzorec so bili vključeni vsi porodi v vseh slovenskih porodnišnicah v letu 2012, pri katerih je bila kot vzrok indukcije navedena potermimska nosečnost ( $N=10.163$ ). Slabost preiskovaneskupine je neprečiščenost; tako so bile v raziskavo vključene tudi nosečnosti s spremljajočimi diagnozami, kjer so priporočila glede indukcije drugačna (npr. oligohidramnij, zastoj rasti ploda, hipertenzija, sladkorna bolezen).

## Opis v raziskavo vključenih podatkov

Proučevali smo število induciranih porodov glede na trajanje nosečnosti, in sicer za tri različna obdobja višine nosečnosti: od 40. 1/7 do 41. tedna, od 41. 1/7 do 42. tedna, po 42. tednu. Pri vseh induciranih porodih zaradi potermanske nosečnosti smo zbrali podatke o izidu poroda (vaginalni brez operativnega dokončanja, vakuumska ekstrakcija oz. forceps, urgentni carski rez). Za izvedbo raziskave smo vse potrebne podatke pridobili iz baze Perinatalnega informacijskega sistema Republike Slovenije. Soglasje k izvedbi raziskave je bilo pridobljeno s strani Katedre za babištvo Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

## Opis obdelave podatkov

Podatki so bili analizirani s pomočjo statističnega programa SPSS verzija 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Narejena je bila osnovna opisna statistika.

Tabela 1: Število porodov v Sloveniji leta 2012 od 40. tedna gestacijske starosti dalje

Table 1: Number of births in Slovenia in 2012 after 40th week of gestation

Gestacijska starost/ Gestational age	Porodi/Births	
	n	%
40 0/7 do 40 6/7	6876	67,6
41 0/7 do 41 6/7	2916	28,7
42 0/7 in več	371	3,7
Skupaj	10163	100

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

## Rezultati

V letu 2012 je bilo v vseh štirinajstih slovenskih porodnišnicah skupno 21.500 porodov. Od tega je 10.163 (47,3 %) porodov ustrezalo vključitvenemu kriteriju, ki je predvideval gestacijsko starost 40 tednov in več.

Kljub temu, da število porodov z višino gestacijske starosti pada (Tabela 1), pa odstotek induciranih porodov narašča, kot je razvidno iz Tabele 2.

Iz Tabele 3 lahko razberemo, da je bila od vseh porodov po 40. tednu skoraj petina (18,4 %) porodov dokončanih z zdravniško intervencijo (carski rez ali vakuumska ekstrakcija ploda), medtem ko se je 81,6 % porodov zaključilo spontano.

Razvidno je tudi, da z višanjem gestacijske starosti (in številom indukcij) narašča odstotek porodov, ki se zaključijo z zdravniško intervencijo. Največ (77,2 %) operativno dokončanih porodov se je zaključilo s carskim rezom in le dobra petina (21,6 %) z vakuumsko ekstrakcijo ploda (Tabela 4).

Tabela 2: Število induciranih porodov v Sloveniji leta 2012 od 40. tedna gestacijske starosti dalje (N = 10.163)

Table 2: Number of inductions in Slovenia in 2012 after the 40th week of gestation (N = 10.163)

Gestacijska starost/ Gestational age	Število induciranih porodov (n)/ Number of inductions (n)	
	n	%
40 0/7 do 40 6/7	1171	17,0
41 0/7 do 41 6/7	1103	37,8
42 0/7 in več	155	41,8
Skupaj	2429	

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

Tabela 3: Število spontanah in operativno dokončanih porodov v Sloveniji leta 2012 od 40. tedna gestacijske starosti dalje (N = 10.163)

Table 3: Number of births in Slovenia in 2012 after 40th week of gestation, according to outcome (N = 10.163)

Gestacijska starost/ Gestational age	Število operativno dokončanih porodov (n)/ Number of operative births (n)	Število spontanah porodov (n)/ Number of spontaneous births (n)
40 0/7 do 40 6/7	1152	5715
41 0/7 do 41 6/7	619	2294
42 0/7 in več	92	278
Skupaj	1863 (18,4 %)	8287 (81,6 %)

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

Tabela 4: Število induciranih porodov zaradi potermanske nosečnosti v Sloveniji v 2012, ki so se zaključili s carskim rezom in vakuumsko ekstrakcijo (N = 1863)

Table 4: Number of cesarean sections and vacuum extractions in Slovenia in 2012 induced due to post-term pregnancy (N = 1863)

Gestacijska starost/ Gestational age	Carski rez (n)/ Cesarean section (n)	Vakuumska ekstrakcija (n)/ Vacuum extraction (n)
40 0/7 do 40 6/7	897	241
41 0/7 do 41 6/7	472	141
42 0/7 in več	70	21
Skupaj	1439 (77,2 %)	403 (21,6 %)

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

## Diskusija

V raziskavi smo ugotavljali stopnjo induciranih porodov glede na višino gestacijske starosti od 40. tedna dalje v Sloveniji v letu 2012. Ob tem avtorji v pregledu literature opozarjajo na pravilnost določitve PDP. Felc (2008) piše, da trajanje nosečnosti opisujemo z gestacijsko starostjo, ki jo računamo od prvega dne zadnje menstruacije. S pomočjo Naegalejeve formule izračunamo PDP ( $PDP = 1. \text{ dan zadnje menstruacije} + 1 \text{ leto} - 3 \text{ mesece} + 7 \text{ dni}$ ). Novak Antolič in Verdenik (2015) pa navajata, da gestacijsko starost najbolj natančno določimo z ultrazvočno preiskavo v zgodnji nosečnosti, in sicer z meritvijo razdalje teme–trtica. Odstotek porodov po PDP je v naši raziskavi znašal 47,3 %, kar je zelo visok delež in postavlja pod vprašaj zanesljivost določanja PDP, kar je v skladu s trditvijo Pajntarja (2015a), da je 40–50 % poterminskih nosečnosti napačno diagnosticiranih. To bi bila lahko ena od omejitev naše analize. Problem sega najverjetneje že v samo opredelitev termina. V porodništvu in babištvu se kot vzrok indukcije poroda navaja podaljšana nosečnost, poterminska nosečnost, postmaturnost in postdatizem. Ti pojmi pa se nanašajo na različne gestacijske starosti, vse od dopolnjenega 37. do 43. tedna nosečnosti.

Zmeda pri terminologiji vpliva tudi na oteženo optimalno skrb za nosečnice v tem obdobju (Thorogood & Donaldson, 2015). Z namenom izogniti se morebitnim zapletom zaradi podaljšane nosečnosti NICE indukcijo poroda predlaga za ženske s fiziološko nosečnostjo med 41. in 42. tednom nosečnosti (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2008). Lockwood (2014) piše, da se indukcija med 41. in 42. tednom lahko šteje za upravičeno, medtem ko je po 42. tednu priporočljiva, saj se tako lahko izognemo povečani perinatalni obolevnosti in umrljivosti. Willacy (2012), sklicujoč se na Kraljevo združenje ginekologov in porodničarjev (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – RCOG), priporoča indukcijo poroda po 41. tednu gestacijske starosti, da zmanjšamo morebitno pojavnost intrauterine smrti. Raziskovanje tega fenomena je torej oteženo zaradi nejasne opredelitve, pa tudi zaradi metodoloških omejitev raziskav, ker je nosečnosti, ki presegajo 42. teden malo in so raziskovalni vzorci majhni, zato pa tudi rezultati raziskav manj zanesljivi.

Tudi v našem primeru je bilo število nosečnosti, ki so trajale več kot 42 tednov, le 1,7 %. Slednje nosečnosti so po mnenju strokovnjakov tiste, ki so predvsem ogrožajoče za plod (Caughey, 2015) in pri katerih strokovnjaki svetujejo dokončanje nosečnosti. Podaljšana nosečnost je najpogostejša indikacija za indukcijo poroda, v Veliki Britaniji je npr. kar 46 % vseh indukcij posledica podaljšanih nosečnosti. Le 4,2 % nosečnic rodi v 42. tednu gestacijske starosti ali kasneje (Rimmer, 2014). Ni zatorej nenavadno, da stopnja induciranih porodov z višjo gestacijsko

starostjo tudi v našem proučevanem vzorcu narašča in po 42. tednu gestacijske starosti znaša že 41,8 %. Heimstad in sodelavci (2006) so ugotovili, da indukcija v 42. tednu pomeni 2-krat večjo možnost za carski rez, kot če se porod začne spontano. V nasprotju s tem so Gülmezoglu in sodelavci (2012) ugotovili, da po PDP ni večjih razlik v tveganju za dokončanje poroda s carskim rezom. Slednje se je izkazalo tudi v naši raziskavi.

Z višjo gestacijsko starostjo je sicer naraščala stopnja operativno dokončanih porodov, in sicer se je po 42. tednu gestacijske starosti kar četrtina (24,9 %) porodov dokončala z zdravniško intervencijo. Tudi Bodner in sodelavci (2005) opozarjajo na večjo pogostost carskega reza ali vakuumske ekstrakcije v primerih inducirane poroda in dodajajo, da je nosečnice, ki sprejemajo odločitve o indukciji poroda, o tem treba informirati. Zanimivo pa je, da celokupen delež carskih rezov v primeru poterminske nosečnosti v Sloveniji v 2012, kot že rečeno, ni presegal splošnega. Delež carskih rezov v Sloveniji je v letu 2012 znašal 14,8 % (Simčič & Poldrugovac, 2015), v primeru poterminske nosečnosti pa je bil 14,2 %. Le v primeru nosečnosti, ki je presegla 42. teden, je bil delež višji (18,9 %).

Rezultati analize podatkov o porodih po PDP v Sloveniji v letu 2012 kažejo, da se obravnava teh nosečnosti vodi zmerno, ne skrajno konzervativno in ne skrajno agresivno, pred čimer svari Pajntar (2015c). Glavna omejitev raziskave je bila, da podatki niso bili prečiščeni (v naboru so bile združene fiziološko potekajoče in tudi nosečnosti s spremljajočimi zapleti), vendar so rezultati pomemben doprinos k poznavanju posebnosti obravnave poterminske nosečnosti v Sloveniji, saj do sedaj podobnih raziskav na tem področju še ni bilo. Naša raziskava tako predstavlja izhodišče za nadaljnje raziskovanje tega področja v slovenskem prostoru, hkrati pa so to rezultati, s katerimi se bodo lahko primerjali izidi prihodnjih analiz podatkov. Pri nadaljnjem raziskovanju bi se bilo smiselno osredotočiti tudi na stanje in kondicijo novorojenčka, rojenega v 40. tednu gestacije in kasneje, v smislu analize ocene po Apgarjevi, na potrebo po transportu na EINT novorojenčkov ipd. Za aktivno soodločanje žensk o zaključku nosečnosti po PDP bi nosečnice potrebovale individualizirano objektivno informacijo o prednostih in slabostih vseh dostopnih možnosti in oceno tveganja zapletov tako morebitnega sproženja poroda kot tudi nadaljevanja nosečnosti.

## Zaključek

Rezultati analize podatkov o poterminski nosečnosti za Slovenijo za 2012 potrjujejo navedbe tujih raziskav – višanje gestacijske starosti (po dopolnjenem PDP) veča možnost indukcije poroda in potrebo po izhodnih porodniških operacijah, vendar operativno dokončanje poroda ni nujno posledica indukcije poroda, temveč je lahko tudi posledica večje porodne

teže ploda, placentarne insuficience oz. posledičnega fetalnega distresa ob porodu.

Zaradi nejasne definicije potermenske nosečnosti in možnosti nezanesljivega PDP je treba vsako situacijo skrbno pretehtati in individualno obravnavati, saj tveganje za plod (pa tudi za žensko) predstavlja tako potermenska nosečnost kot tudi indukcija poroda z izhodno porodniško operacijo ali brez nje.

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

## Financiranje/Funding

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

## Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013).

## Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva avtorica je napisala osnutek članka. Drugi avtor je sodeloval pri pripravi Rezultatov. Vodilna avtorica je sodelovala pri oblikovanju Uvoda in Diskusije./The first author wrote the draft. The second author cooperated with writing the Results section. The third author cooperated in writing the Introduction and Discussion.

## Literatura

Balchin, I., Whittaker, C.J., Patel, R.R., Lamont, F.R. & Steer, J.P., 2007. Racial variation in the association between gestational age and perinatal mortality: prospective study. *British Medical Journal*, 334, art. ID 7598, pp. 833–835. PMID:PMC1853199

Berkowitz, K. & Garite, T., 2008. *Postdatism*. Available at: [http://www.glowm.com/section\\_view/heading/Postdatism/item/123#sectionView](http://www.glowm.com/section_view/heading/Postdatism/item/123#sectionView) [30. 10. 2015].

Bodner-Adler, B., Bodner, K., Pateisky, N., Kimberger, O., Chalubinski, K., Mayerhofer, K., et al., 2005. Influence of labor induction on obstetric outcomes in patients with prolonged pregnancy. *Wiener klinische Wochenschrift*, 117(7–8), pp. 287–292. <https://doi.org/10.1007/s00508-005-0330-2> PMID:15926620

Caughey, B.A., 2015. *Postterm Pregnancy*. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/261369-overview#a30> [10. 1. 2016].

Denison, F.C., Graham, C., Liston, W.A., Price, J. & Wild, S., 2008. Maternal obesity, length of gestation, risk of postdates pregnancy and spontaneous onset of labour at term. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(6), pp. 720–725. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01694.x> PMID:18410655; PMID:PMC2344995

El-Gilany, A. & Hammad, S., 2010. Body mass index and obstetric outcomes in pregnant in Saudi Arabia: a prospective cohort study. *Annals of Saudi Medicine*, 30(5), pp. 376–380. <https://doi.org/10.4103/0256-4947.67075>

Felc, Z., 2008. Opredelevitev novorojenčka po gestacijski starosti. In: *Osnove neonatologije*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 58–60.

Gherman, R. & Ouzounian, J., 2005. Shoulder dystocia: are historic risk factors reliable predictors? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(6), pp. 1933–1935. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.02.054> PMID:15970854

Gülmezoglu, A.M., Crowther, C.A., Middleton, P. & Heatley, E., 2012. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane database of systematic reviews*, 6, art. ID CD004945. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub3> PMID:22696345; PMID:PMC4065650

Harder, U. & Hauser, R., 2007. Einleitung der Geburt. In: C. Geist, U. Harder, & A. Stiefel, eds. *Hebammenkunde*. 4th ed. Stuttgart: Hippokrates, pp. 322–328.

Heimstad, R., Romundstad, P.R., Eik-Nes, S.H. & Salvesen, K.A., 2006. Outcomes of pregnancy beyond 37 weeks of gestation. *Obstetrics & Gynecology*, 108(3), pp. 500–508. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000227783.65800.0f> PMID:16946207

Hovi, M., Raatikainen, K., Heiskanen, N. & Heinonen, S., 2006. Obstetric outcome in post-term pregnancies: time for reappraisal in clinical management. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(7), pp. 805–859. <https://doi.org/10.1080/00016340500442472> PMID:16817077

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2013. Perinatalni informacijski sistem Slovenije 2012. Available at: <http://www.nijz.si/sl/podatki/perinatalni-informacijski-sistem> [15. 1. 2016].

Iyoke, A.C., Kanario Onyebuchi, A., Lucky Lawani, O., Nwachukwu Okafo, C. & Ogbonna Ajah, L., 2014. Obstetric outcome and significance of labour induction in a health resource poor setting. *Obstetrics and Gynecology International*, art. ID 419621, pp. 1–5. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/419621>

Lockwood, C., 2014. Management of late-term and postterm pregnancies. ACOG Practice Bulletin, no. 146. *Obstetrics & Gynecology*, 124, pp. 390–396. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000452744.06088.48> PMID:25050770

- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2008. *Induction of labour*. NICE Clinical Guidelines, no. 70. London: RCOG. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53617/> [ 15. 1. 2016].
- Novak Antolič, Ž. & Verdenik, I., 2015. Vitalna statistika. In: M. Pajntar, Ž. Novak Antolič & M. Lučovnik, eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. 3. izd. Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 23–25.
- Pajntar, M., 2015a. Podaljšana ali potermimska nosečnost. In: M. Pajntar, Ž. Novak Antolič & M. Lučovnik, eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. 3. izd. Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 316–318.
- Pajntar, M., 2015b. Fetalni distres v nosečnosti in med porodom. In: M. Pajntar, Ž. Novak Antolič & M. Lučovnik, eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. 3. izd. Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 260–265.
- Pajntar, M., 2015c. Sprožitev poroda. In: M. Pajntar, Ž. Novak Antolič & M. Lučovnik, eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. 3. izd. Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 270–273.
- Pajntar, M. & Trošt, D., 2015. Lajšanje porodnih bolečin. In: M. Pajntar, Ž. Novak Antolič & M. Lučovnik, eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. 3. izd. Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 181–9.
- Rimmer, A., 2014. Prolonged pregnancy and disorders of uterine action. In: J. Marshall & M. Raynor, eds. *Myles textbook for midwives*. 16th ed. London: Churchill Livingstone Elsevier, pp. 417–435.
- Simčič, B. & Poldrugovac, M., 2015. *Kazalniki kakovosti v zdravstvu – letno poročilo 2012 in 2013*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, pp. 23–24.
- Slome Cohain, J., 2012. Reducing inductions: lack of justification to induce for »postdates«. In: M. Mclean, M. Odent, A. Fyre & G. Hail, eds. *The Postdates & postmaturity handbook*. Eugene: Myidwifery today, pp. 45–55.
- Thorogood, C. & Donaldson, C., 2015. Disturbances in the rhythm of labour. In: S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood & S. Tracy, eds. *Midwifery: preparation for practice*. 3th ed. Sydney: Churchill Livingstone Elsevier, pp. 986–1040.
- Tul Mandić, N., Sketelj, A. & Novak Antolič, Ž., 2015. Ultrazvočna preiskava. In: M. Pajntar, Ž. Novak Antolič & M. Lučovnik, eds. *Nosečnost in vodenje poroda*. 3. izd. Ljubljana: Medicinski razgledi, pp. 114–120.
- Willacy, H., 2012. *Post-term pregnancy (prolonged pregnancy)*. Available at: <https://patient.info/doctor/post-term-pregnancy-prolonged-pregnancy> [20. 1. 2016].
- 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].

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Obreza, K., Verdenik, I. & Mivšek, A.P., 2017. Analiza vodenja potermimske nosečnosti v Sloveniji v letu 2012. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), pp. 219–225. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.3.169>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Prvo srečanje s porodom med študenti babištva: samoocena občutij ob prvi klinični praksi v porodnem bloku

The first encounter with childbirth among midwifery students: self-evaluation of the feelings at their first clinical practice in a maternity ward

Tjaša Plemen, Ana Polona Mivšek

**Ključne besede:** klinično okolje; usposabljanje; študent; babištvo; občutki

**Key words:** clinical setting; practice; student; midwifery; feelings

Tjaša Plemen, dipl. bab.

*Kontaktni e-naslov/  
Correspondence e-mail:*  
tjasa.plemen@gmail.com

doc. dr. Ana Polona Mivšek,  
dipl. bab., Zdravstvena fakulteta  
Ljubljana, Oddelek za babištvo,  
Zdravstvena pot 5, Ljubljana,  
Slovenija

### IZVLEČEK

**Uvod:** Študentovo doživljanje prve klinične prakse zaznamuje njegovo sposobnost nabiranja znanja in izkušenj ter lahko vpliva na njegovo nadaljnjo poklicno pot. Namen raziskave je bil proučiti občutke študentov babištva ob prvem srečanju s klinično prakso v porodnem bloku.

**Metode dela:** Izbrana je bila deskriptivna kvantitativna metoda dela. Uporabljen je bil spletni vprašalnik. Vzorec je bil namenski ( $n = 52$ ), anketirani so bili študenti drugega in tretjega letnika ter absolventi študijskega programa babištva na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Izvedena je bila osnovna deskriptivna statistika.

**Rezultati:** Najpogostejši občutki, ki so jih študentje doživljali ob prvem stiku s klinično prakso v porodnem bloku, so bili neizkušenost, razdvojenost med teorijo in prakso ter stres. Pokazalo se je, da na doživljanje občutij statistično pomembna vpliva predhodna srednješolska izobrazba. Med študenti, ki so predhodno obiskovali nezdravstvene srednje šole, je bilo statistično pomembno več takih, ki so imeli občutek nesprejetosti v klinično okolje (92 %, bivši dijaki zdravstvenih srednjih šol: 79 %), prav tako jih je več zaznalo razkorak med teorijo in prakso (79 %, bivši dijaki zdravstvenih srednjih šol: 64 %). Večji občutek neizkušenosti in posledično strahu, da bi škodovali pacientu, pa so imeli študentje s predhodno zdravstveno srednješolsko izobrazbo (82 %, bivši dijaki nezdravstvenih srednjih šol: 62 %).

**Diskusija in zaključek:** V kolikor se med prvo klinično prakso pojavljajo občutki, kot so stres, strah in negotovost, lahko to ovira zmožnosti za učenje in samozavest. Potrebna bi bila izboljšava organizacije klinične prakse: pred prvo prakso bi bilo treba okrepiti študentova realna pričakovanja, med samo klinično prakso uvesti supervizijo s strani individualnega kliničnega mentorja ter po končani klinični praksi omogočiti študentovo refleksijo lastnih občutkov.

### ABSTRACT

**Introduction:** Feelings experienced by students when undergoing their first clinical practice marks their ability to acquire knowledge and experience, and can therefore affect their further career. The purpose of this research was to explore common feelings of midwifery students as experienced at their first clinical practice in a maternity ward.

**Methods:** Descriptive research method based on quantitative research approach was used. An online questionnaire was used as a research tool. A purpose sample ( $n = 52$ ) was used and students of Years 2, 3 and the final year of midwifery study course at the Faculty of Health Sciences, University of Ljubljana were invited to participate as respondents in the study. Basic descriptive statistics were calculated.

**Results:** The most frequent feelings that students experienced during their first clinical practice in the delivery room were being inexperienced, the gap between theoretical and practical knowledge, and stress. Previous secondary education was most statistically significant in terms of experiencing feelings. Among the students who previously attended non-health care secondary schools there were more statistically significantly students who felt unaccepted in the a clinical environment (92 % vs. 79 % of former students of health care secondary schools). These students also more commonly perceived the gap between theory and practice (79 % vs. 64 % of former students of health care secondary schools). On the contrary, students from health care secondary schools felt more unexperienced and consequently felt greater fear of harming patients (82 % vs. 62 % of former students of non-health care secondary schools).

**Discussion and conclusion:** If students experience feelings such as stress, fear and uncertainty during their clinical practice, this hinders their abilities to learn and build their self-esteem. It would be necessary to improve the organization of clinical practice in order to promote students' realistic expectations before they engage in clinical practice, and to introduce supervision by an individual clinical mentor and enable students to self-evaluate their own feelings after they have completed clinical practice.

Članek je nastal na osnovi  
diplomskega dela Tjaše Plemen  
*Občutki študentov babištva ob  
prvi klinični praksi v porodnem  
bloku* (2016).

*Prejeto/Received:* 25. 1. 2017  
*Sprejeto/Accepted:* 5. 9. 2017



## Uvod

Praktično usposabljanje je proces, kjer se študentu nudijo možnosti za razvoj ustreznih kompetenc, s katerimi bo neodvisno in odgovorno deloval v svoji stroki (Kristl, et al., 2007). V kliničnem okolju ima študent možnost, da v neposrednem stiku s pacientom dotedanje teoretično znanje in spretnosti prenaša v praktične veščine (Skinder Savič & Kastelic, 2009). Študent v procesu učenja pridobiva nove izkušnje, vendar mu lahko nove okoliščine in dejavnosti povzročajo nelagodnost ter strah pred neznanim (Čuk & Hvala, 2009). Če študentje na klinični praksi doživljajo negativne izkušnje ter občutke, je potrebna regulacija teh občutij, saj jim le-ta lahko povzročajo težje vključevanje v klinično okolje (Čuk & Hvala, 2009; Moagi & Janse van Rensburg, 2013) in ovirajo njihovo zmožnost pridobivanja znanj.

Čuk in Hvala (2009) v svoji raziskavi navajata, da študentje na klinični praksi občutijo nemoč, negotovost, strah, neizkušenos, nepoznavanje kliničnega okolja ter strah pred tem, da bi storili napako. Harih in Pajnkihar (2010) ugotavljata, da je klinična praksa najbolj stresna situacija v času študija, saj študentje ne poznajo področja delovanja ter nimajo dovolj kliničnih izkušenj, da bi se čutili strokovno samozavestne, zato študentom prvo srečanje s klinično prakso lahko predstavlja veliko tesnobo in negotovost. Davies in Coldridge (2015) navajata primere študentov, ki izpostavljajo situacije, ki so jih spravile v zadrego, v njih vzbujale občutke nemoči ter jim predstavljale etične dileme. Med slednje situacije sodi tudi izvajanje intimnih postopkov babiške nege, prav na le-te smo se zaradi narave dela v porodni sobi osredotočili v raziskavi. V teh situacijah študentje lahko občutijo različne strahove, stisko, empatijo, lahko jih skrbi pomanjkanje znanja, zaznajo lahko, da strokovno niso samozavestni (Mlinar, 2013).

Za kakovostno praktično usposabljanje je pomembno, da ima študent dovolj teoretičnega znanja in motivacije za učenje ter da zna sodelovati in komunicirati s kliničnim mentorjem (Govekar-Okoliš & Kranjčec, 2010). Namen mentorstva je podpora študentu za dvig kakovosti klinične prakse. Mentor je študentu v oporo, pomaga mu prenašati teorijo v prakso, kar pomeni prenos znanja v realno okolje (Ramšak Pajk, 2007). Čuk in Hvala (2009) v svoji raziskavi navajata, da se študentje bolje počutijo na klinični praksi, če je mentor ob njih ves čas prisoten.

Študenti babištva prvo klinično prakso v porodnem bloku opravljajo že v prvem letniku študija. Spremljanje porodnice vključuje številne intervencije, ki posegajo v intimo ženske. V prvem tednu jih v klinično okolje uvede habilitirani šolski mentor, pozneje pa zanj skrbijo klinični mentorji (Stanek Zidarič, et al., 2011). Stalna mentorjeva prisotnost študentu omogoči lažji prehod v klinično okolje in tamkajšnje delo. Prav tako prisotnost mentorja pripomore h kakovosti študentovih kliničnih izkušenj in

k njegovemu zadovoljstvu (Čuk & Hvala, 2009). Ob tem je študentova naloga in odgovornost, da v procesu učenja aktivno sodeluje (Ramšak Pajk, 2008).

Ahčin in sodelavci (2009) v raziskavi ugotavljajo, da so se študenti na klinični praksi počutili zaželene, zadovoljne, motivirane, vseeno pa so čutili strah. Pozitivne predhodne izkušnje iz kliničnega okolja lahko vplivajo na naslednjo prakso, čeprav pred začetkom nove prakse študenti še vedno čutijo strah (Björg, et al., 2013). Thunes in Sekse (2015) navajata, da je eden ključnih dejavnikov za študentovo dobro počutje na praksi predvsem to, kako je sprejet v delovno okolje. Študentje, ki imajo občutek sprejetosti na oddelku, se lažje vključijo v tim, z manjšim stresom izvajajo postopke in posege ter imajo večjo motivacijo. Tako tudi lažje sprejemajo nove informacije in se hitreje učijo. Če se študentje počutijo sprejete, če sta jim izkazana zaupanje in podpora ter jim je dana možnost izvajanja postopkov in posegov, čutijo tudi manj tesnobe (Emanuel & Pryce-Miller, 2013).

Davies in Coldridge (2015) v svoji raziskavi izpostavljata opazke študentov na klinični praksi v porodni sobi. Ker so jih babice pustile nenadzorovane in se niso počutili kot del tima, so se velikokrat počutili nezaželene. Porodnišnico so občutili kot hierarhično okolje, kjer so bili prisiljeni izvajati takšno skrb za žensko, ki ni bila v skladu z njihovimi vrednotami oz. ni bila v skladu s teoretičnim znanjem, pridobljenim na fakulteti. Velikokrat so občutili, da jim babice nudijo premalo praktičnega znanja. Na takšne travmatične situacije so študentje reagirali z močnimi čustvi. V skladu s tem nas je zanimalo, s kakšnimi občutenji se ob prvi izkušnji praktičnega usposabljanja v porodnem bloku spopadajo študenti babištva Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

## Namen in cilji

Poglavitni namen raziskave je bil identificirati najpogostejše občutke študentov babištva ob prvem srečanju s klinično prakso v porodnem bloku, doseganje pričakovanj in oceno lastnega napredka. Postavili smo naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kaj so študenti občutili ob prvi klinični praksi v porodnem bloku?
- Kakšen je vpliv predhodne zdravstvene izobrazbe na doživljanje prve klinične prakse v porodnem bloku?
- Kakšno podporo študentom nudijo visokošolski in klinični mentorji?

## Metode

Uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, ki je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu. Tehnika zbiranja podatkov je bila spletno anketiranje.

## Opis instrumenta

Podatki so bili zbrani s spletnim vprašalnikom, ki je vseboval 14 vprašanj. Večina vprašanj je bila zaprtega tipa. V povezavi s postavljenimi raziskovalnimi vprašanji je bil vprašalnik oblikovan na podlagi pregleda literature (Čuk & Hvala, 2009; Harih & Pajnkihar, 2010; Mlinar, 2013; Davies & Coldridge, 2015). Anketiranje je bilo izvedeno s spletnim orodjem IKA. V namen zagotovitve veljavnosti, skladnosti in zanesljivosti vprašalnika je avtorica pred glavno raziskavo izvedla pilotno raziskavo na generaciji bivših študentov ( $n = 30$ ). Na podlagi rezultatov pilotne študije je bil za vprašalnik izračunan koeficient Cronbach alfa. Dobljena vrednost (Cronbach alfa = 0,8) kaže na visoko zanesljivost vprašalnika (Peter & Peter, 2008).

## Opis vzorca

V raziskavi so sodelovali študentje babištva na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani, ki so se že srečali s prvo klinično prakso v porodnem bloku. Da bi dosegli višjo stopnjo reprezentativnosti vzorca, so bile v raziskavo zajete tri generacije študentov babištva: študentje drugega in tretjega letnika ter absolventi ( $N = 90$ ). Spletno anketo je rešilo 52 študentov, kar predstavlja 58-% odziv povabljenih študentov. Največji delež (38 %) sodelujočih v raziskavi so predstavljali absolventi ( $n = 20$ ), 33 % ( $n = 17$ ) sodelujočih študentov je bilo iz tretjega letnika ter 29 % ( $n = 15$ ) iz drugega. Več kot polovica sodelujočih ( $n = 28$ , 54 %) študentov je predhodno obiskovala srednjo zdravstveno šolo.

## Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila odobrena s strani katedre za babištvo. Preko skupne elektronske pošte je bila vsem v raziskavo vključenim generacijam študentov v povabilu k sodelovanju v raziskavi posredovana tudi povezava do spletne ankete. Poudarjeno je bilo, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno in anonimno. Spletna anketa je bila aktivna štiri tedne, od 11. 4. 2016 do 9. 5. 2016.

Pridobljeni podatki so bili kvantitativno obdelani z računalniškim programom SPSS verzija 24.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) ter Microsoft Office Excel 2007. Narejeni sta bili opisna statistika in bivariatna analiza. Rezultati so bili primerjani tudi glede na predhodno srednješolsko izobrazbo študentov. Za izračun statistično značilnih razlik je bil uporabljen hi-kvadrat test ( $\chi^2$ ); statistična značilnost je bila določena pri 0,05. Ob tem so bili odgovori dihotomizirani (združeni so bili odgovori »nikoli nisem občutil/-a« in »največkrat nisem občutil/-a« ter »včasih sem občutil/-a« oz. »pogosto sem občutil/-a«).

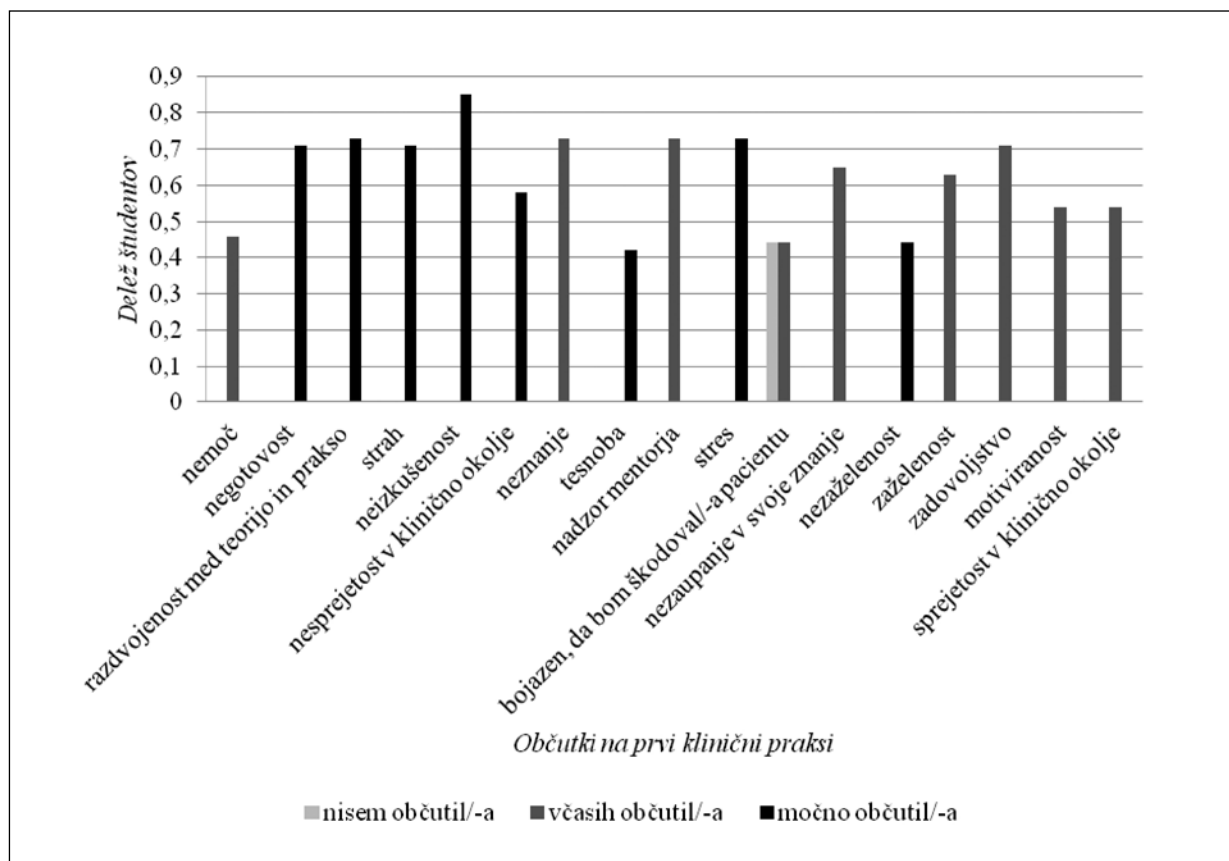
## Rezultati

Skoraj polovica študentov ( $n = 24$ , 46 %) je svojo prvo klinično prakso v porodnem bloku ocenila kot pozitivno izkušnjo, nekaj več kot polovica študentov ( $n = 28$ , 54 %) pa ne. Od slednjih jih 89 % ( $n = 25$ ) meni, da bi bili negativni občutki manj izraziti, če bi bili v tim dobro sprejeti in vključeni. Za večino študentov (81 %) je bila praksa na začetku zelo stresna situacija. Ob prvem stiku s klinično prakso v porodnem bloku je največ študentov ( $n = 21$ , 41 %) močno občutilo negotovost, razdvojenost med teorijo in prakso, strah, neizkušenost, nesprejetost v klinično okolje ter stres. Izmed vseh anketiranih je 44 % ( $n = 23$ ) študentov izrazilo strah, da bi pacientu škodovali. Vsa občutja študentov med prvo prakso v porodnem bloku prikazuje Slika 1.

Zgolj 44 % ( $n = 23$ ) udeležencev je odgovorilo, da so v času prve klinične prakse pridobili določene babiške kompetence. Kot najpogostejše ovire pri pridobivanju babiških kompetenc na prvi klinični praksi v porodnem bloku so navedli: nepoznavanje dela v kliničnem okolju ( $n = 20$ , 38 %), strah pred tem, da bi storili napako ( $n = 15$ , 29 %), ter pomanjkanje kliničnih izkušenj ( $n = 10$ , 19 %). Druge ovire ( $n = 7$ , 13 %), ki so jih študentje navedli, so bile še: prepuščenost samemu sebi, nesprejetost, nezaželenost, nespodbudno okolje, nezainteresiranost kliničnih mentorjev ter kombinacije teh odgovorov.

Ker babiška obravnava med porodom vključuje številne posege, ki posegajo v intimnost ženske, je eno od vprašanj preverjalo tudi občutja študentov babištva ob teh negovalnih intervencijah. Pri izvajanju določenega intimnega posega so študentje najpogosteje občutili: sram ( $n = 13$ , 25 %), strah pred nezaupanjem pacienta ( $n = 12$ , 23 %) ter nelagodnost ( $n = 11$ , 22 %). Kar 71 % študentov ( $n = 27$ ) je bilo mnenja, da je ob izvajanju določenega intimnega posega pogosto prisotnih preveč ljudi.

Med študenti, ki so predhodno zaključili srednjo zdravstveno šolo, in ostalimi, je prihajalo do razlik, ki jih povzema Tabela 1. Študentje, ki so predhodno obiskovali gimnazije in druge srednje šole, so v večji meri kot študentje z zdravstveno predizobrazbo občutili nesprejetost v klinično okolje ter neznanje, kljub temu pa so v manjši meri občutili strah in neizkušenost ter bojazen, da bodo pacientom škodovali. V nasprotju s sošolci iz srednjih zdravstvenih šol so večkrat opažali neskladnost med teorijo in prakso, kar je v njih sprožalo občutke razdvojenosti. Statistično značilne razlike so se pokazale tudi ob oceni zadovoljstva s prvo klinično prakso v porodnem bloku ( $p = 0,002$ ), bolj nezadovoljna je bila skupina s predhodno zdravstveno izobrazbo. Od 24-ih študentov je 11 študentov na vprašanje »Ali na splošno svojo izkušnjo prve prakse v porodnem bloku ocenjujete kot pozitivno?« odgovorilo z »Ne«. Prav tako se je statistično značilna izkazala razlika v oceni pridobljenih izkušenj in spretnosti ( $p < 0,001$ ), kjer so



Slika 1: Občutki študentov babištva na prvi klinični praksi v porodnem bloku

Figure 1: Midwifery students' feelings during first clinical practice in the delivery ward

bili prav tako bolj nezadovoljni študenti s predhodno zdravstveno izobrazbo (vsi so menili, da niso dobili pričakovanih spretnosti in izkušenj). Enako je bilo tudi pri oceni pridobljenih babiških kompetenc ( $p = 0,011$ ), kjer je 13 študentov od 24-ih s predhodno zdravstveno izobrazbo na vprašanje »Ali menite, da ste si tekom prve prakse v porodnem bloku pridobili določene babiške kompetence?« odgovorilo z »Ne«. Študenti so

menili, da bi bila izkušnja prve prakse bolj pozitivna, če bi se počutili sprejete in vključene v tim. O tem je bilo prepričanih 10 od 11-ih študentov s predhodno zdravstveno izobrazbo in 5 od 15-ih študentov brez predhodne zdravstvene izobrazbe. Razlika v odgovorih je bila statistično značilna ( $p < 0,001$ ).

Glede na to, da se je večina študentov počutila nesprejete v klinično okolje, lahko sklepamo, da bi vsi

Tabela 1: Glavne razlike v občutjih študentov s predhodno izobrazbo in drugimi

Table 1: Main differences in feelings of students with previous education and others

Občutenja/Feelings	Srednja zdravstvena šola (n = 28)/ Health care secondary school (n = 28)	Gimnazija ter druge srednje šole (n = 24)/ Gimnazija programme and other non- health care secondary schools (n = 24)	$\chi^2$	p
razdvojenost med teorijo in prakso	18 (64 %)	19 (79 %)	0,931	0,366
strah	22 (79 %)	16 (67 %)	0,705	0,703
neizkušenosť	21 (75 %)	16 (67 %)	1,990	0,370
nesprejetost v klinično okolje	22 (79 %)	22 (92 %)	8,013	0,018
neznanje	12 (43 %)	17 (71 %)	0,955	0,620
strah, da bodo škodovali pacientom	23 (82 %)	14 (62 %)	1,498	0,473

Legenda/Legend: n – število/number; % – odstotek/percentage;  $\chi^2$  – hi-kvadrat test/chi-square test, p – statistična značilnost/statistical significance

študentje imeli boljše prvo izkušnjo s klinično prakso, če bi bili bolje sprejeti in vključeni v tim. Obe skupini sta ocenili, da v času prve klinične prakse niso pridobili dovolj izkušenj in spretnosti, je pa polovica študentov ocenila, da so pridobili nekaj babiških kompetenc.

Pomoč kliničnega mentorja pri regulaciji študentovih občutkov so študenti v 34 % ( $n = 18$ ) ocenili kot srednje dobro, v 33 % ( $n = 17$ ) kot majhno, 31 % študentov ( $n = 17$ ) pa je ocenilo, da mentor ni nič pomagal. Samo enemu študentu (2 %) je klinični mentor zelo pomagal obvladovati občutke na klinični praksi. Izmed vseh anketiranih je 58 % študentov ( $n = 30$ ) klinične mentorje ocenilo kot zelo strokovne, kot najpogostejšo pomanjkljivost pa so opredelili mentorjev neustrezen odnos do študentov ( $n = 27$ , 52 %).

## Diskusija

Študentje babištva imajo ob prvem stiku s klinično prakso različne občutke, predvsem pa prevladujejo negativni kot so tesnoba, stres, zaskrbljenost, strah pred mentorjevim nadzorom, in strah pred tem, da bi podali napačne informacije (Harish & Pajnkihar, 2010). Te ugotovitve so se potrdile tudi v naši raziskavi. Več kot polovica anketirancev prve klinične prakse v porodnem bloku ni dojela kot pozitivne izkušnje, pravzaprav je tri četrt anketiranih prvo klinično prakso ocenilo kot zelo stresno situacijo. Glede na odgovore študentov so na prvi klinični praksi prevladovali negativni občutki: občutek neizkušenosti, strah, negotovost ter razpetost zaradi razkoraka med teorijo in prakso. V povezavi z intimnimi posegi so pogosto izražali občutek zadrege in negotovosti. Tudi drugi avtorji ugotavljajo podobno (Filej in Železnik, 2010; Mlinar, 2013; Brunstad & Hjälmhult, 2014; Davies & Coldridge, 2015). Prvemu zastavljenemu raziskovalnemu vprašanju torej lahko pritrđimo – prvo klinično usposabljanje v porodnem bloku študenti babištva doživljajo kot stresno situacijo. Rezultati kažejo na očitno potrebo po refleksiji, superviziji in podpori študentom po prvi izkušnji soočanja s kliničnim okoljem.

Glede na to, da se študenti brez predhodne zdravstvene srednješolske izobrazbe sploh prvič soočajo s kliničnim okoljem, nas je zanimalo, ali je pri njih stopnja stresa višja kot pri študentih s predhodno zdravstveno izobrazbo. Presenetljive so predvsem razlike med občutji študentov, ki so predhodno zaključili zdravstveno srednjo šolo, in ostalimi. Predvidevali bi, da bodo študenti brez predhodne zdravstvene srednješolske izobrazbe pogosteje navajali občutke neznanja in neizkušenosti, vendar občutja neizkušenosti statistično značilno pogosteje navajajo študenti, ki prihajajo iz zdravstvenih srednjih šol. Kot kaže so le-ti glede na predhodno znanje bolj samokritični oz. se v večji meri zavedajo posledic za pacienta, ki jih lahko povzroči njihovo nestrokovno ravnanje. Statistično značilne razlike so se namreč pokazale tudi pri izraženem strahu glede škodovanja

pacientu; to občutje je ponovno prevladovalo pri študentih z zdravstveno predizobrazbo.

Pričakovati bi bilo, da bodo študenti iz zdravstvenih srednjih šol bolj pozorni na izražena neskladja med teorijo in prakso, vendar občutek konflikta zaradi razkoraka med teorijo in prakso statistično značilno pogosteje navajali ostali. Študenti z nezdravstveno predizobrazbo so se tudi statistično značilno pogosteje čutili nesprejete v kliničnem okolju, kar je morda posledica tega, da je bila to njihova prva izkušnja oz. da še niso indoktrinirani v nenapisana pravila, ki vladajo na področju zdravstvene delitve dela in jih posameznik sprejme postopoma v procesu profesionalne socializacije. Razlage za senzibilnost glede dojemanja razkoraka med teorijo in prakso, kot kaže, ne gre iskati v tem, katero srednjo šolo je študent zaključil; večjo vlogo pri tem igrajo stališča in pričakovanja, izoblikovana v času teoretičnega usposabljanja, kot to pišeta že Zakšek in Stanek Zidarič (2012). Zaključimo torej lahko, da soočanje s prvo klinično prakso v porodnem bloku ni avtomatično lažje in enostavnejše za študente, ki so predhodno zaključili srednjo zdravstveno šolo. Predhodne izkušnje so jim v določenih pogledih v pomoč, v nekaterih pa jih ovirajo.

Negativna občutja, pa tudi razkorak med teorijo in prakso, lahko omili strokovnjak iz prakse, ki študente spremlja skozi izkušnjo prvega kliničnega usposabljanja. Tudi študenti v naši raziskavi prepoznavajo vlogo mentorja, da bi lahko reguliral njihova negativna občutja; podobno pišejo tudi tuji avtorji (Emanuel & Pryce-Miller, 2013; Thunes & Sekse, 2015). Študenti v raziskavi navajajo, da pri mentorju cenijo predvsem znanje, poleg tega pa potrpežljivost in dostopnost. Da so v odnosu mentor–študent odnosne komponente zelo pomembne, potrjuje tudi Babuder (2016). Dober odnos med mentorjem in študentom je ključen za uspešno študentovo pridobivanje izkušenj in kompetenc. Če je odnos med mentorjem in študentom dober, lahko študent postaja samozavesten in samostojen pri izvajanju določenih posegov (Mihelič Zajec & Ramšak Pajk, 2006). Da bi se študentovo zadovoljstvo s prvo klinično prakso v času študija izboljšalo, bi študent moral skupaj s kliničnim in šolskim mentorjem postaviti individualne cilje. S tem bi dosegli bolj realna pričakovanja študentov, ki bi bila obenem tudi merljiva in njihovo doseganje preverljivo.

Velika večina anketiranih meni, da bi večji občutek sprejetosti v tim izboljšal njihovo izkušnjo s praktičnim usposabljanjem. Le redki navajajo, da so bili v času prvega kliničnega usposabljanja deležni zadostne supervizije in refleksije, kar bi verjetno doprineslo tudi k njihovemu končnemu zadovoljstvu s prvo klinično prakso. Glede na to, da le slaba polovica anketirancev svojo prvo izkušnjo prakse v porodnem bloku ocenjuje pozitivno, bi izboljšave v zvezi s percepcijo prve klinične prakse v porodnem bloku verjetno morali zastaviti prav v povezavi z odnosom med študentom in mentorjem. Tudi Filej in Železnik (2010) ugotavljata, da v času kliničnega usposabljanja študentje največ problemov zaznavajo prav na odnosni ravni.

Omejitev opisane raziskave je v tem, da je od prve prakse pri anketirancih preteklo več ali manj časa. Tako so se npr. absolventi morda teže spominjali občutkov ob prvi praksi kot tisti, ki so se s prvo klinično prakso srečali le malo pred raziskavo. V raziskavi so bili podatki zbrani s pomočjo spletnega anketiranja. Avtorica se je odločila za to metodo zbiranja podatkov, ker je enostavna in dostopna (Lozar Manfreda, et al., 2006) ter ker zaradi odsotnosti fizičnega kontakta z raziskovalcem omejuje vpliv raziskovalca na anketirane. Spletno anketiranje pa ima tudi nekatere slabe lastnosti, obstaja npr. možnost, da več anketirancev raziskave ni izpolnilo do konca, ker so izgubili interes, motivacijo oz. ker je bila njihova osredotočenost med izpolnjevanjem ankete preusmerjena na kakšno drugo dejavnost. Glede na tematiko bi bilo v prihodnosti smiselno uporabiti kvalitativno metodo raziskovanja v smislu pogovornih skupin, kar bi omogočilo poglobljen vpogled v določene v kvantitativni raziskavi že opredeljene problematične segmente prvega kliničnega usposabljanja v porodnem bloku.

Povabilo k sodelovanju v raziskavi so prejele tri generacije študentov ( $N = 90$ ), vendar posploševanje izsledkov raziskave glede na dosežen odziv (58 %) ni mogoče. Kljub vsemu pa rezultati kažejo na potrebo po poglobljenem raziskovanju tega področja in nujni uvedbi nekaterih sprememb. Smiselno bi bilo vsakoletno izvajanje raziskave po prvi klinični praksi v porodnem bloku; anketirali bi torej študente prvih letnikov, da bi bil čas od prve izkušnje klinične prakse primerljiv. Treba se je namreč zavedati, da so občutki in odzivi absolventov na prvo klinično prakso, od katere je minilo že tri leta, lahko drugačni od sveže samoocene izkušenj študentov prvega letnika.

## Zaključek

Študentje so med občutki ob prvi klinični praksi v porodnem bloku navajali več negativnih kot pozitivnih občutkov. Razlog ni znan; morda so vzrok nerealna, previsoka pričakovanja, dejanske negativne izkušnje na prvi praksi ali kombinacija več dejavnikov. Predhodna zdravstvena izobrazba študenta ne zagotavlja pozitivne izkušnje prve klinične prakse v porodnem bloku. Tudi ti študenti potrebujejo enako mero podpore s strani mentorjev. Vsi študenti dajejo velik pomen kliničnim mentorjem. Dojemajo jih kot profesionalni model in od njih pričakujejo znanje in spretnosti, pa tudi številne odnosne kvalitete, kot so razpoložljivost, potrpežljivost in znanja za regulacijo negativnih občutij.

V prihodnosti bi bilo študentom prvega letnika, ki odhajajo na prvo klinično usposabljanje v porodni blok, smiselno zagotoviti dober podporni sistem in možnost refleksije, kjer bi študentje imeli možnost predstaviti svoja doživljanja oz. bi lahko v procesu supervizije zmanjšali negativne občutke. Klinično

prakso bi bilo torej smiselno nadgraditi z možnostjo refleksije in supervizije za regulacijo negativnih izkušenj in občutenj, da bi spodbudili dobre učne situacije in za znanje spodbudna učna okolja. Obenem bi študent pred klinično prakso s šolskim in kliničnim mentorjem lahko zastavil etapne cilje, ki bi spodbudili oblikovanje realnejših pričakovanj glede kliničnega usposabljanja. S študentovimi realnejšimi pričakovanji bi se posledično zmanjšali negativni občutki razočaranja, cilji pa bi omogočali merjenje zastavljenih dejavnosti.

Ob tem bi bilo smiselno raziskati tudi vidik kliničnih in šolskih mentorjev, njihov odnos do študentov na klinični praksi ter njihovo percepcijo lastne zmožnosti ter usposobljenosti za psihično oporo študentom v stresnih situacijah.

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

## Financiranje/Funding

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

## Etika raziskovanja/Ethical approval

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

## Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva avtorica je izvedla raziskavo in pripravila osnutek članka. Soavtorica je sodelovala pri zasnovi metodologije in sooblikovala vse dele članka./ The first author conducted the research and prepared the first draft. The co-author cooperated with methodology and co-wrote all parts of the article.

## Literatura

Ahčin, L., Kastelic, M., Bizjak, A., Tavčar, M., Bršar, Z., Zupan, A., et al., 2009. Doživljanje študentov na klinični praksi. In: S. Pivač, B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & S. Kalender Smajlovič, eds. *Zbornik predavanj z recenzijo 2. Mednarodne znanstvene konference s področja raziskovanja v zdravstveni negi in v zdravstvu*, Ljubljana, 17. in 18. september 2009. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 421–429.

- Babuder, D., 2016. Lastnosti mentorja in mentoriranca z njihovih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 327–335. <https://dx.doi.org/10.14528/sn.2016.50.4.95>
- Brunstad, A. & Hjälmlult, E., 2014. Midwifery students learning experiences in labor ward: a grounded theory. *Nurse Education Today*, 34(12), pp. 1474–1479. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.017> PMID:24815181
- Bjørg, D., Leland, A. & Jan Gunnar, D., 2013. What factors facilitate good learning experiences in clinical studies in nursing: Bachelor students' perceptions. *International Scholarly Research Network (ISRN) Nursing*, art. ID 628679, pp. 1–7. <https://doi.org/10.1155/2013/628679>
- Čuk, V. & Hvala, N., 2009. Vpliv kliničnega okolja na zadovoljstvo študentov s prakso zdravstvene nege. In: S. Pivač, B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & S. Kalender Smajlovič, eds. *Zbornik predavanj z recenzijo 2. Mednarodne znanstvene konference s področja raziskovanja v zdravstveni negi in v zdravstvu, Ljubljana, 17. in 18. september 2009*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 177–184.
- Davies, S. & Coldridge, L., 2015. »No Man's Land«: an exploration of the traumatic experiences of student midwives. *Midwifery*, 31(9), pp. 858–864. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.001> PMID:26025871
- Emanuel, V. & Pryce-Miller, M., 2013. Creating supportive environments for students. *Nursing Times*, 109(37), pp. 18–20. PMID:24266287
- Filej, B. & Železnik, D., 2010. Soočanje študentov zdravstvene nege s problemi v kliničnem okolju – analiza vsebin. In: M. Pajnikihar, ed. *Zbornik predavanj 1. mednarodne znanstvene konference Društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor, Maribor 3. in 4. junij 2010*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 142.
- Govekar-Okoliš, M. & Kranjčec, R., 2010. Izobraževanje mentorjev za praktično usposabljanje študentov po bolonjskih študijskih programih v podjetjih/zavodih. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, pp. 46–62.
- Harih, M. & Pajnikihar, M., 2010. Interpretacija izkušenj študentov s klinične prakse – kvalitativna raziskava. In: B. Skela Savič, ed. *Zbornik predavanj z recenzijo 3. mednarodne znanstvene konference s področja raziskovanja v zdravstveni negi in v zdravstvu, Ljubljana 16. in 17. september 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 169–179.
- 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.
- Kristl, J., Juriševič, M., Šoukal-Ribičič, M., Pucelj, J., Vrtačnik, M., Trošt, Z., et al., 2007. Smernice za praktično usposabljanje na Univerzi v Ljubljani. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, pp. 16–18.
- Lozar Manfreda, K., Berzelak, J. & Vehovar, V., 2006. Programska orodja za družboslovne ankete na spletu. *Teorija in praksa*, 43(5–6), pp. 793–797.
- Mihelič Zajec, A. & Ramšak Pajk, J., 2006. Značilnosti mentorstva v izobraževanju za zdravstveno nego in babištvo. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 40(1), pp. 9–14. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2006.40.1.9> [30. 8. 2017].
- Mlinar, S., 2013. Doživljanje študentov pri izvajanju intimnih aktivnosti zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju: ovire in podpora. In: D. Železnik, B.M. Kaučič & U. Železnik, eds. *Zbornik predavanj z recenzijo 3. Znanstvene konference z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved, Laško 17. september 2013*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 333–339.
- Moagi, M. & Janse van Rensburg, E., 2013. Student nurses' experiences of the clinical psychiatric learning environment in and education institution. *Journal of Psychology in Africa*, 23(2), pp. 359–362.
- Peter, R. & Peter, V., 2008. An assessment of the internal consistency of measures of constructs used to revise the innovation decision framework. *Academy of World Business, Marketing & Management Development Conference Proceedings*, 3(1), p. 992.
- Ramšak Pajk, J., 2007. Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik Zdravstvene Nege* 41(2–3), pp. 71–75. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2007.41.3.71> [30. 8. 2017].
- Ramšak Pajk, J., 2008. Mentorstvo s perspektive mentorja in študenta. In: S. Pivač, B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zbornik predavanj z recenzijo 1. mednarodne znanstvene konference s področja raziskovanja v zdravstveni negi in v zdravstvu, Bled 25. in 26. september 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, p. 106.
- Skinder Savič, K. & Kastelic, M., 2009. Ocenjevanje klinične prakse na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. In: S. Pivač, B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & S. Kalender Smajlovič, eds. *Zbornik predavanj z recenzijo 2. Mednarodne znanstvene konference s področja raziskovanja v zdravstveni negi in v zdravstvu, Ljubljana, 17. in 18. september 2009*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 1850–1892.
- Stanek Zidarič, T. Mivšek, A.P., Skoberne, M., Skubic, M., Zakšek, T. & Vrhunec, B., eds., 2011. *Babištvo*. 2. izd. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 1–27.

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> [30. 8. 2017].

Thunes, S. & Sekse, R.J.T., 2015. Midwifery students first encounter with the maternity ward. *Nurse Education in Practice*, 15(3), pp. 243–248. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.01.012>  
PMid:25701290

Zakšek, T. & Stanek Zidarič, T., 2012. Kako študenti babištvaja dojemajo razkorak med teorijo in prakso. In: T. Štemberger Kolnik, S., Majcen Dvoršak, & D. Klemenc, eds. *Z dokazi v praksi: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babilške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babilic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babilic, pp. 57–60.

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Plemen, T. & Mivšek, A.P., 2017. Prvo srečanje s porodom med študenti babilštva: samoocena občutij ob prvi klinični praksi v porodnem bloku. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), pp. 226–233. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.3.162>

Pregledni znanstveni članek/Review article

## Uporaba ocenjevalnih lestvic pri ocenjevanju samostojnosti pacienta v rehabilitacijski zdravstveni negi: pregled literature

The use of assessment scales for evaluating patient's independence in rehabilitation nursing: literature review

Romana Petkovšek-Gregorin, Brigita Mali

**Ključne besede:** ocena funkcionalnega stanja; pacient; izid rehabilitacije; rehabilitacija

**Key words:** assessment of the functional status; patient; outcome of rehabilitation; rehabilitation

Romana Petkovšek-Gregorin, dipl. m. s., mag. zdr. neg.

*Kontaktne e-naslov/  
Correspondence e-mail:*  
romana.petkovsek@ir-rs.si

Brigita Mali, dipl. m. s.

*Obe/Both:* Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenija – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, Slovenija

### IZVLEČEK

**Uvod:** Funkcionalna ocena pacientove samostojnosti je sistematičen poskus ocene posameznikovih sposobnosti. Cilj pregleda literature je bil ugotoviti, katere ocenjevalne lestvice se najpogosteje uporabljajo v rehabilitacijski zdravstveni negi in oceniti njihovo uporabnost.

**Metoda:** Opravljen je bil sistematični pregled literature. Iskanje literature je potekalo decembra 2015 po podatkovnih bazah CINAHL, PubMed in COBIB.SI. Uporabljene so bile naslednje ključne besede: ocenjevalne lestvice, pacient, rehabilitacijska zdravstvena nega; oz. v angleškem jeziku: rehabilitation scales, rehabilitation, dependency, assessment outcome. Uporabljen je bil Boolov operator IN oz. AND. Iz iskalnega nabora 416 zadetkov je bilo v končno analizo vključenih 19 člankov.

**Rezultati:** Oblikovanih je bilo 5 vsebinskih kategorij: (1) v zdravstveni negi najpogosteje uporabljene lestvice za ocenjevanje pacientove samostojnosti in napredka, (2) veljavnost in zanesljivost ocenjevalnih lestvic, (3) medsebojna primerjava ocenjevalnih lestvic, (4) uporaba ocenjevalnih lestvic in (5) vpliv dela medicinskih sester na napredek pri samostojnosti pacientov.

**Diskusija in zaključek:** V svetu obstajajo številne ocenjevalne lestvice, ki opisujejo pacientovo funkcionalno samostojnost. Glede na pogostost uporabe najbolj izstopa indeks po Dorothei Barthel. Tej lestvici sledita združena lestvica Functional Independent Measure + Functional Assessment Measure in lestvica Northwich Park Dependency Scale, ki sodita tudi med najbolj zanesljive lestvice za uporabo v rehabilitacijski zdravstveni negi. Slednji omogočata celostno oceno potreb zdravstvene nege pacienta in spremljanje ter vrednotenje dela.

### ABSTRACT

**Introduction:** Functional assessment of patient's independence is a systematic attempt to evaluate their abilities. The aim of the literature review was to determine which assessment scales are most frequently used in rehabilitation nursing and to assess their usefulness.

**Methods:** A systematic review of the literature was conducted. The research was done in December 2015 using the following databases: CINAHL, PubMed and COBIB.SI. The following keywords in English were used: rehabilitation scales, rehabilitation, dependency, assessment outcome. The Boolean AND operator was used. From the total of 416 results, 19 articles were included in the final analysis.

**Results:** Five content categories were developed: (1) the most frequently used assessment scales for assessing patient's independence and progress in nursing, (2) the validity and reliability of assessment scales, (3) a comparison of assessment scales, (4) the use of assessment scales, and (5) the impact of nurses on increasing patients' independence.

**Discussion and conclusion:** There are numerous assessment scales that describe patient's functional independence. The Barthel Index scale is most often used, followed by a combined Functional Independent Measure + Functional Assessment Measure and Northwich Park Dependency Scale, which are among the most reliable for the use in rehabilitation health care. The latter two provide for a full assessment of a patient's nursing needs, and monitoring and evaluating work.



## Uvod

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije ima 15 % svetovne populacije določeno stopnjo prizadetosti. Okrog 10 % zahodnoevropske populacije je že imelo izkušnjo omejenosti v gibanju, ki jo je mogoče pripisati zvišanju preživetja po politravmi, različnim boleznim, staranju populacije in porastu kroničnih obolenj (World Health Organization, 2014). Nastale težave pa so poleg z omejenostjo v gibanju povezane še s številnimi drugimi kompleksnimi problemi (Gutenbrunner, et al., 2007).

Ocenjevanje funkcionalnega stanja pacienta sega v leto 1970, ko je gerontolog Powel Lavton (1971) zapisal, da funkcionalna ocena predstavlja kakršen koli sistematičen poskus objektivne ocene posameznikovih sposobnosti na različnih področjih, na katerih ta oseba deluje. Po letu 1980 so ocenjevalne lestvice postale vse bolj zanimive, saj je bila prepoznana njihova vrednost v vsakodnevni praksi. Po letu 1990 so bila prizadevanja usmerjena v napovedovanje razmerja med odmero terapije in odgovorom pacientov na terapijo, vključno s stroškovno učinkovitostjo (Harris & Springle, 2008). Funkcionalne lestvice ocenjevanja samostojnosti pacienta morajo temeljiti na znanstvenih dokazih, kot sta veljavnost in zanesljivost, ter biti kot take učinkovito uporabljene v kliničnem okolju. Večina jih je bila ustvarjenih za ocenjevanje zdravstvenega stanja pacienta ter spremljanje napredka zdravljenja in rehabilitacije. Instrumenti morajo zaznati spremembe na področju zdravja ter morajo biti načrtovani tako, da iz njih razberemo začetne, vmesne in končne cilje (Granger, 2015).

Glavni cilj rehabilitacije je izboljšanje funkcionalne neodvisnosti pacientov, kar vodi v njihovo samostojnost. Za uspešno oceno zdravstvene obravnave in zdravstvene nege pacientov potrebujemo standardizirane ocenjevalne instrumente, s katerimi do zaključka rehabilitacije lahko odkrivamo pomembne spremembe, nastale med hospitalizacijo, četudi so te spremembe majhne (Williams, et al., 2007; Eichhorn-Kissel, et al., 2011; Granger, 2015). Natančno ocenjevanje pacientovih potreb po zdravstveni negi predstavlja izziv na vseh področjih zdravstvene nege. Ugotavljanje pacientovih potreb po zdravstveni negi mora potekati sistematično, saj tak način omogoča spremljanje njegovega napredka v času rehabilitacije (Williams, et al., 2007).

V rehabilitacijskih ustanovah in nevroloških klinikah se uporablja veliko število različnih ocenjevalnih lestvic, ki ocenjujejo pacientovo samostojnost in napredek ali izboljšanje bolezni (prognoza bolezni). Nekatere lestvice so primerne za opis zdravstvenega stanja pacienta, druge pa se uporabljajo pri posameznih specifičnih obolenjih (Granger, 2015).

### Namen in cilji

Namen raziskave je bil s sistematičnim pregledom literature raziskati uporabnost ocenjevalnih lestvic,

ki ocenjujejo funkcionalno samostojnost pacienta v rehabilitacijski zdravstveni negi. Cilj raziskave je bil ugotoviti, katere izmed njih se v rehabilitacijski zdravstveni negi uporabljajo najpogosteje. Oblikovali smo naslednji raziskovalni vprašanji:

1. Katere ocenjevalne lestvice za oceno pacientove funkcionalne samostojnosti se najpogosteje uporabljajo v rehabilitacijski zdravstveni negi?
2. Katera ocenjevalna lestvica omogoča najširši in najnatančnejši vpogled v pacientovo funkcionalno samostojnost?

## Metode

Uporabljen je bil sistematični pregled literature.

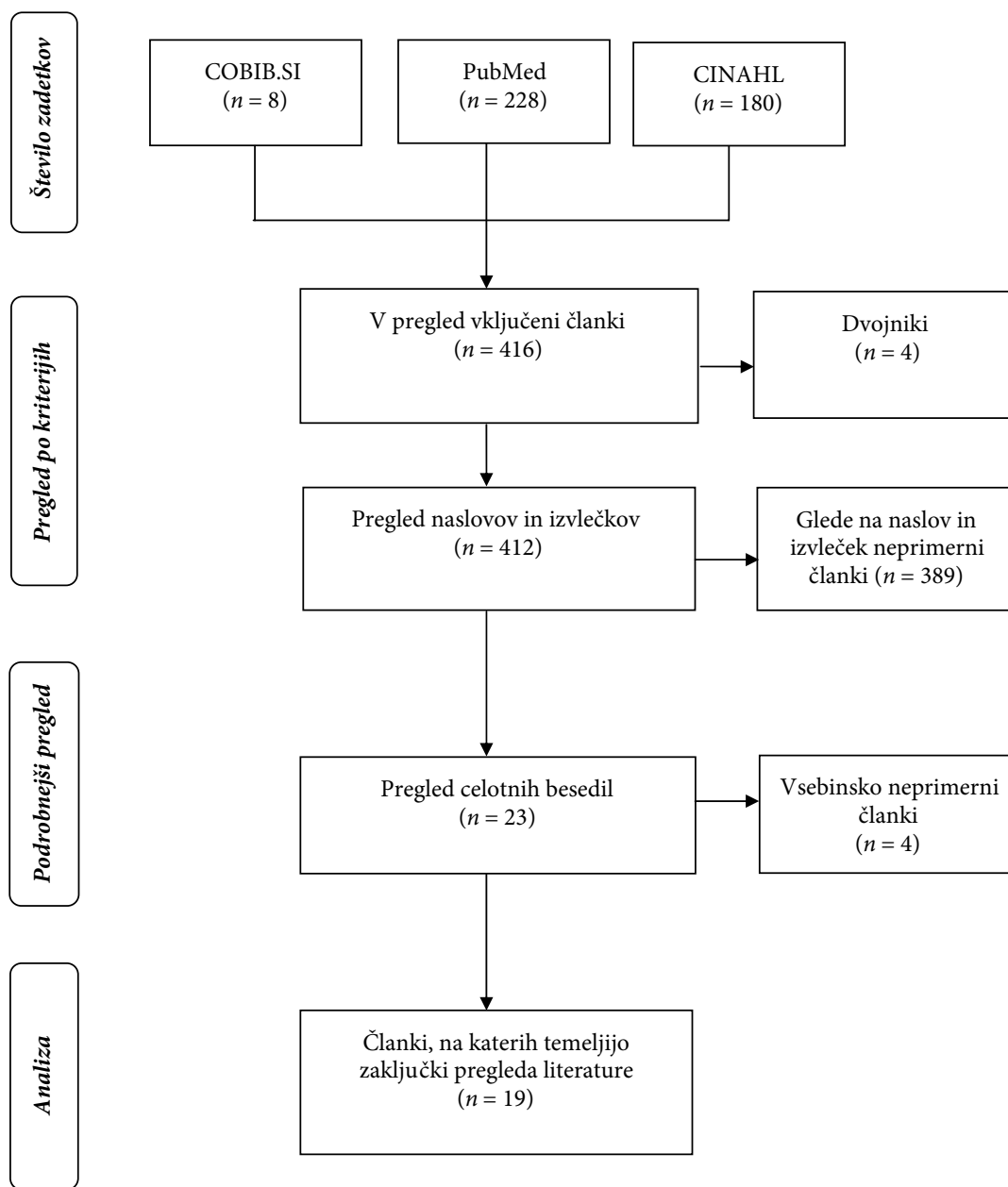
### Metode pregleda

V obdobju od 1. do 31. decembra 2015 smo izvedli sistematični pregled literature. Iskanje literature je potekalo po podatkovnih bazah CINAHL, PubMed, COBIB.SI. Pri iskanju smo uporabili naslednje ključne besede: ocenjevalne lestvice, pacient, rehabilitacijska zdravstvena nega; oz. v angleškem jeziku: rehabilitation scales, rehabilitation, dependency, assessment outcome. Pri iskanju po tujih bazah podatkov smo uporabili napredno iskanje in pri tem Boolov operator IN oz. AND.

V izboru literature so bile upoštevane le publikacije z recenzijo in članki, dostopni v polnem besedilu. Iskanje je vključevalo članke, objavljene v obdobju od januarja 2006 do vključno decembra 2015. Kriteriji za vključitev člankov v raziskavo so bili, da le-ti opisujejo ocenjevanje pacientove funkcionalne samostojnosti, obravnavajo v raziskavi uporabljene lestvice, podajajo oceno zanesljivosti z vidika notranje skladnosti in da so bili ocenjevalci v raziskavi medicinske sestre in ostali člani zdravstvenega tima. Izključitveni kriterij je bil obravnavanje ocenjevalnih lestvic, ki upoštevajo samo segment dela medicinske sestre, kot so npr. bolečina, ogroženost za padce, ogroženost za nastanek razjede zaradi pritiska ipd. Prav tako smo izključili članke, kjer so v ocenjevanje bili vključeni otroci ali pacienti s področja psihiatrije.

### Rezultati pregleda

S strategijo iskanja po podatkovnih bazah smo našli skupno 416 zadetkov na tematiko ocenjevalnih lestvic za oceno pacientove funkcionalne samostojnosti. Najprej smo izključili dvojnike ( $n = 4$ ) in nato še glede na naslov in izvleček neprimerne članke ( $n = 389$ ), ostalo je 23 člankov, primernih za vključitev v raziskavo. Po vsebinskem pregledu smo izključili še 4 članke, tako smo v končen izbor za vključitev v raziskavo določili 19 člankov (Slika 1).



Slika 1: Diagram poteka raziskave skozi faze sistematičnega pregleda literature (diagram PRISMA)  
 Figure 1: Information flow through different phases of systematic review (PRISMA diagram)

### Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Prvi kriterij za izbor je bila ustrezna vsebina člankov. Zastavljeni kriterij je izpolnilo 19 člankov, ki smo jih razvrstili po hierarhiji dokazov (Polit & Beck, 2008). Dva članka sta bila napisana na podlagi posamezne randomizirane klinične raziskave, trije članki so temeljili na sistematičnem pregledu korelacijskih opazovalnih raziskav, 13 člankov na posameznih korelacijskih opazovalnih raziskavah in en članek na posamezni opisni kvalitativni raziskavi (Tabela 1). Analizo člankov smo izvedli z odprtim kodiranjem njihovih rezultatov. Pomensko podobne kode smo združili v kategorije.

### Rezultati

Pregledali smo vsebino člankov. Identificirali smo 29 kod, ki smo jih združili v 5 vsebinskih kategorij. Posamezne kategorije smo poimenovali: (1) v zdravstveni negi najpogosteje uporabljene lestvice za ocenjevanje pacientove samostojnosti in napredka, (2) veljavnost in zanesljivost ocenjevalnih lestvic, (3) medsebojna primerjava ocenjevalnih lestvic, (4) uporaba ocenjevalnih lestvic in (5) vpliv dela medicinskih sester na napredek pri samostojnosti pacientov (Tabela 2).

Tabela 1: Značilnosti vključenih raziskav  
Table 1: Characteristics of included studies

<i>Avtor(ji), leto/ Author(s), year</i>	<i>Tipologija raziskave/ Research typology</i>	<i>Cilj raziskave/ Research objective</i>	<i>Značilnosti vzorca/ Characteristics of the sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve/ Key findings</i>
Plantinga, et al., 2006	Korelacijska opazovalna raziskava	Ugotoviti primernost lestvice Northwick Park Dependency Scale (NPDS) za uporabo v zdravstveni negi pri pacientih z različnimi diagnozami.	1 rehabilitacijska ustanova z 10 oddelki. 154 naključno izbranih pacientov različnih patologij (možganska kap, sladkorna bolezen, travmatska poškodba možganov, amputacija, poškodba hrbtnjače, politravma, pljučne bolezni, revmatoidni artritis, tuberkuloza, koronarna arterijska bolezen), ocenjevanih 23., 29. in 35. teden hospitalizacije.	Izmed treh med seboj primerjanih ocenjevalnih lestvic, to so NPDS, indeks po Dorothei Barthel (BI) in Care Dependency Scale (CDS), je lestvica NPDS dala najboljši vpogled v pacientovo samostojnost in napredek na tem področju.
Eichhorn-Kissel, et al., 2012	Korelacijska opazovalna raziskava	Ugotoviti odzivnost lestvice Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R) pri pacientih z različnimi boleznimi.	1 rehabilitacijska ustanova s 5 ortopedskimi in nevrološkimi oddelki. Vključenih 1564 pacientov, izločeni pacienti s kognitivnim upadom.	Lestvica CDS-R omogoča razlikovanje med pacienti, ki napredujejo, in tistimi, ki ne napredujejo. Je primerno orodje za oceno napredka pacienta. Za spremembe pri napredku je občutljiva pri različnih diagnozah.
Turner-Stokes & Siebert, 2013	Sistematični pregled opisnih kvalitativnih raziskav in prospektivna kohortna raziskava	Oceniti psihometrične lastnosti lestvice Functional Independent Measure (FIM) in Functional Assessment Measure (FAM).	16 člankov, ki psihometrične lastnosti obravnavajo po izvirni ameriški lestvici, in 7 člankov, ki psihometrične lastnosti obravnavajo po njeni različici iz Združenega kraljestva. Sledila je kohortna raziskava, ki je vključevala 459 pacientov.	Lestvica FIM+FAM je zanesljiv in veljaven instrument za oceno funkcijske neodvisnosti pacienta. Odzivna je na spremembe pacientove samostojnosti v nevrorehabilitaciji. Lestvica omogoča celovit vpogled v pacientovo stopnjo samostojnosti ter vpogled v posamezna specifična področja. Novejši, razširjeni modul vsakodnevnih aktivnosti (extended activities of daily living – EADL) zagotavlja dober vpogled v pacientovo funkcionalno neodvisnost, kar je pomembno v primeru pacientove vrnitve v domače okolje.
Eichhorn-Kissel, et al., 2011	Korelacijska opazovalna raziskava	Primerjati uporabnost lestvic CDS-R in BI v rehabilitaciji.	1 rehabilitacijska ustanova s 5 ortopedskimi in nevrološkimi oddelki. Vključenih 1542 pacientov, izločeni pacienti s kognitivnim upadom.	S pomočjo obeh obravnavanih lestvic je mogoče odkrivati klinično pomembne spremembe. Primerni sta za uporabo v rehabilitacijskih ustanovah. Lestvica BI je na spremembe v pacientovem napredku v času rehabilitacije občutljivejša kot CDS-R.
Houlden, et al., 2006	Sistematični pregled korelacijskih opazovalnih raziskav	Primerjati ustreznost in odzivnost lestvic BI in FIM v rehabilitaciji zgodaj po poškodbi možganov.	250 pacientov po možganski kapi zaradi spontane intrakranialne krvavitve in subarahnoidalne krvavitve ter 107 pacientov po nezgodni možganski poškodbi.	Obravnavani lestvici sta primerni za paciente do 65. leta starosti, ki so v rehabilitacijski program vključeni zaradi prizadetosti po možganski kapi zaradi vaskularnega vzroka ali poškodbe. Lestvici sta pokazali podobno odzivnost. Ugotovitve kažejo, da noben rezultat ocene FIM ni imel prednosti pred oceno BI oz. obratno.

Se nadaljuje/Continues

<i>Avtor(ji), leto/ Author(s), year</i>	<i>Tipologija raziskave/ Research typology</i>	<i>Cilj raziskave/ Research objective</i>	<i>Značilnosti vzorca/ Characteristics of the sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve/ Key findings</i>
Williams, et al., 2007	Randomizirana klinična raziskava	Proučiti uporabnost lestvice Northwick Park Care Needs Assessment (NPCNA) v rehabilitaciji.	Pregled poročil 271 delovnih ur pri 59 pacientih.	Lestvica NPCNA je bila oblikovana za merjenje potreb po neposredni zdravstveni negi patronažnih medicinskih sester. Pred uporabo v rehabilitacijskih ustanovah potrebuje nadaljnje raziskave in nadgradnjo.
Siebert & Turner-Stokes, 2010	Sistematični pregled korelacijskih opazovalnih raziskav	Proučiti psihometrične lastnosti lestvice NPDS.	569 hospitaliziranih pacientov s kompleksnimi nevrološkimi obolenji.	Lestvica NPDS ima dobro notranjo skladnost. Ponuja širši nabor informacij o potrebah po zdravstveni negi kot nekatere pogostejše uporabljene ocenjevalne lestvice.
Turner-Stokes, et al., 2010a	Sistematični pregled korelacijskih opazovalnih raziskav	Razviti in testirati algoritem pretvorbe lestvice NPDS v BI.	225 anketiranih pacientov z nevrološko problematiko.	Iz podatkov NPDS je mogoče zanesljivo izpeljati BI (16 postavk, ki opisujejo pacientove splošne potrebe, in 7 postavk, ki opisujejo pacientove specialne potrebe).
Skinner & Turner-Stokes, 2006	Korelacijska opazovalna raziskava	Ugotoviti pogostost uporabe standardiziranih ocenjevalnih lestvic v rehabilitacijskih centrih v Združenem kraljestvu.	180 vprašalnikov poslanih v rehabilitacijske ustanove v Veliki Britaniji. 108 vrnjenih vprašalnikov.	Ocenjevalne lestvice se v rehabilitacijskih ustanovah uporabljajo vedno pogostejše. 83 % ustanov uporablja eno od naslednjih lestvic: BI, FIM ali FIM+EAM. Lestvica NPDS se vedno bolj uveljavlja, predvsem pri pacientih, ki potrebujejo večjo pomoč medicinske sestre.
Svensson & Sunnerhagen, 2012	Korelacijska opazovalna raziskava	Primerjati ocene dnevnih aktivnosti po lestvicah FIM in NPDS med seboj ter ugotoviti zanesljivost lestvic.	115 pacientov z različnimi nevrološkimi obolenji.	Lestvici FIM in NPDS se med seboj dopolnjujeta. Lestvico NPDS je moč uporabiti pri pacientih, ki potrebujejo veliko pomoči medicinske sestre.
Balzer, et al., 2007	Korelacijska opazovalna raziskava	Ugotoviti, ali je z lestvico CDS mogoče prepoznati nastanek razjede zaradi pritiska.	754 pacientov v 3 bolnišnicah. Vprašalnik so izpolnjevale medicinske sestre.	Lestvica CDS ima podobno diagnostično vrednost kot 3 najpogostejše uporabljene lestvice za oceno tveganja za nastanek razjede zaradi pritiska.
Vähäkangas, et al., 2008	Korelacijska opazovalna raziskava	Ugotoviti povezavo med številom intervencij zdravstvene nege in časom, potrebnim za izvajanje nege.	86 bolnišnic in domov za starejše na jugu Finske. 2037 pacientov.	Cilji rehabilitacijske zdravstvene nege v ustanovah z dolgotrajno oskrbo je ohranjanje funkcijske neodvisnosti pacientov. Ocena funkcijske neodvisnosti omogoči osredotočanje na paciente s potencialom za izboljšanje njihove samostojnosti.
Tyson, et al., 2010	Opisna kvalitativna raziskava	Ugotoviti uporabnost standardiziranih merskih instrumentov v vsakodnevni praksi.	39 pacientov v nevrorehabilitacijski obravnavni na oddelku z 19 posteljami.	Za ocenjevanje pacientovega napredka v času rehabilitacije obstajajo številne lestvice. Uporabljajo se bolj v smislu seznanjanja o pacientovem napredku v času rehabilitacije.

*Se nadaljuje/Continues*

<i>Avtor(ji), leto/ Author(s), year</i>	<i>Tipologija raziskave/ Research typology</i>	<i>Cilj raziskave/ Research objective</i>	<i>Značilnosti vzorca/ Characteristics of the sample</i>	<i>Temeljne ugotovitve/ Key findings</i>
Lowe, et al., 2015	Korelacijska opazovalna raziskava	Proučiti povezanost lestvice Northwick Park Dependency Scale for Hospitals (NPDS-H) z odsotnostjo zaposlenih v zdravstveni negi v rehabilitaciji.	Rehabilitacijski oddelek s 40 posteljami. Pacienti hospitalizirani zaradi različnih patologij (amputacije, nevrološki, ortopedski pacienti, pacienti s kronično bolečino). 47 medicinskih sester.	Potrebe pacientov imajo neposreden vpliv na obremenjenost medicinskih sester. Prevelika obremenjenost lahko povzroči slabšo oskrbo pacienta ter poveča stres zaposlenih in odsotnost z dela.
Nelson, et al., 2007	Randomizirana klinična raziskava	Proučiti način dela medicinskih sester, zaposlenih v rehabilitacijski ustanovi, in njihov vpliv na izid rehabilitacije.	Naključno izbran reprezentativni vzorec 54 rehabilitacijskih enot. Medicinske sestre so 30 dni vsak dan posebej ocenjevale pacientovo samostojnost s pomočjo lestvice FIM.	S pomočjo ocene izida rehabilitacije je mogoče dokazati, da medicinske sestre lahko statistično pomembno zmanjšajo trajanje rehabilitacije. Medicinske sestre preživijo več časa pri pacientih, ki so starejši, so hospitalizirani krajši čas, in ki imajo slabšo telesno zmogljivost kot drugi.
Eichhorn-Kissel, et al., 2010	Korelacijska opazovalna raziskava	Določiti psihometrične lastnosti modificirane lestvice CDS-R.	Rehabilitacijska ustanova s pacienti s pretežno nevrološki in ortopedskimi težavami. 1197 pacientov in 42 medicinskih sester.	Modificirana lestvica CDS-R kaže visoko notranjo skladnost.
Turner-Stokes, et al., 2010b	Korelacijska opazovalna raziskava	Primerjati rezultate lestvice BI, izpeljane iz lestvice NPDS, in rezultate lestvice FIM.	1347 pacientov z različnimi nevrološki obolenji.	Obstaja dobra povezava med lestvicami, vendar se rezultati razlikujejo, ker je lestvico BI izpolnjeval negovalni kader, medtem ko FIM terapevti. Na rezultate vplivajo različni pogledi ocenjevalcev.
Petkovšek-Gregorin, et al., 2013	Korelacijska opazovalna raziskava	Ugotoviti, ali lahko s pomočjo lestvice FIM ocenimo pacientovo ogroženost za nastanek razjede zaradi pritiska.	228 pacientov. S kontrolnimi listami so spremljali paciente in njihovo ogroženost za nastanek razjede zaradi pritiska v štirinajstih dneh časovnih razmikih. Medicinske sestre so med rehabilitacijo parametre beležile trikrat, zadnje četrtro beleženje vseh parametrov je bilo ob pacientovem odpustu.	Obstaja povezava med ocenami po lestvicah Waterlow in FIM. Ob sprejemu in ob odpustu obstaja med lestvicama statistično značilna in razmeroma visoka negativna korelacija.
Granger, 2015	Korelacijska opazovalna raziskava	Izboljšati oskrbo pacientov. Izpeljano je bilo ocenjevanje pacientov s pomočjo lestvice FIM ob začetku in ob odpustu z rehabilitacije.	Vključene vse rehabilitacijske ustanove v državi v obdobju dveh desetletij. Skupno 83421 pacientov po možganski kapi.	S pomočjo ocenjevanja pacientove samostojnosti je mogoče zagotoviti ustrezne in pravočasne povratne informacije, ki omogočajo ustrezno skrb za pacienta. Bolj kot bomo sistematično preučevali pacientovo funkcioniranje, bolj bomo spoznali vplive posameznih dejavnikov na funkcioniranje pacienta.

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

<i>Kode/Codes</i>	<i>Avtor(ji)/Author(s)</i>
Kategorija 1: <i>V zdravstveni negi najpogosteje uporabljene lestvice za ocenjevanje pacientove samostojnosti in napredka</i>  enostavna uporaba – rehabilitacijske ustanove – ocenjevalno orodje – pacientov napredek – ocenjevalne lestvice – vsakodnevna uporaba – zdravstvena nega	Houlden, et al., 2006; Plantinga, et al., 2006; Skinner & Turner-Stokes, 2006; Williams, et al., 2007; Turner-Stokes, et al., 2010a; Turner-Stokes, et al., 2010b; Tyson, et al., 2010; Eichhorn-Kissel, et al., 2011; Svensson & Sunnerhagen, 2012; Granger, 2015
Kategorija 2: <i>Veljavnost in zanesljivost ocenjevalnih lestvic</i>  visoka notranja skladnost lestvic – odzivnost na spremembe – Cronbachov koeficient $\alpha$ – potrditev zanesljivosti orodja	Eichhorn-Kissel, et al., 2010; Siegert & Turner-Stokes, 2010; Eichhorn-Kissel, 2012; Turner-Stokes & Siegert, 2013
Kategorija 3: <i>Medsebojna primerjava ocenjevalnih lestvic</i>  pacientov napredek – lestvice negovalne odvisnosti – medsebojna skladnost lestvic – medsebojno dopolnjevanje lestvic – odzivnost ocenjevalnih lestvic – napoved izboljšanja	Houlden, et al., 2006; Plantinga, et al., 2006; Turner-Stokes, et al., 2010a; Turner-Stokes, et al., 2010b; Tyson, et al., 2010; Eichhorn-Kissel, et al., 2011; Svensson & Sunnerhagen, 2012
Kategorija 4: <i>Uporaba ocenjevalnih lestvic</i>  standardizirane ocenjevalne lestvice – ocena napredka – poročanje o napredku – napoved ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska (RZP)	Plantinga, 2006; Skinner & Turner-Stokes, 2006; Tyson, 2010; Balzer, et al., 2007; Eichhorn-Kissel, et al., 2011; Petkovšek-Gregorin, et al., 2013
Kategorija 5: <i>Vpliv dela medicinskih sester na napredek pri samostojnosti pacientov</i>  medicinske sestre – krajša hospitalizacija – slabša telesna zmogljivost pacientov – ocena potreb po zdravstveni negi – obremenjenost medicinskih sester – ocena potreb po negovalnem kadru – ocena potreb po zdravstveni negi	Nelson, et al., 2007; Williams, et al., 2007; Vähäkangas, et al., 2008; Lowe, et al., 2015

**Kategorija 1: V zdravstveni negi najpogosteje uporabljene lestvice za ocenjevanje pacientove samostojnosti in napredka**

V svetu je na voljo veliko različnih instrumentov, s pomočjo katerih lahko ovrednotimo pacientovo samostojnost in njegov napredek v različnih fazah rehabilitacije (Houlden, et al., 2006; Plantinga, et al., 2006; Turner-Stokes, et al., 2010a; Turner-Stokes, et al., 2010b; Tyson, et al., 2010). Granger (2015) je oblikoval preglednico najpogosteje uporabljenih lestvic, ki ocenjujejo pacientovo samostojnost in napredek:

- Indeks po Dorothei Barthel (Barthel Index – BI) je enostaven za uporabo. Ima 10 postavk, ki ocenjujejo osnovne življenjske aktivnosti, ter nobenih postavk, ki bi ocenjevale pacientovo kognitivno stanje. Doseženih je lahko od 0 do 20 točk. Kažejo se omejitve glede na diagnozo pacienta (Granger, 2015).
- Lestvica funkcijske neodvisnosti (Functional Independent Measure – FIM) je v rehabilitacijskih ustanovah pogosto uporabljeno orodje. Ima 18 postavk. S pomočjo sedemtočkovne lestvice meri motorično in kognitivno oviranost. Seštevek točk je lahko od 18 do 126, pri čemer najvišja možna ocena kaže na pacientovo popolno neodvisnost (Svensson & Sunnerhagen, 2012; Granger, 2015).
- Lestvica ocene funkcioniranja (Functional Assessment Measure – FAM) je v rehabilitaciji široko uporabljana. Sestavlja jo 12 postavk. Seštevek točk je lahko 12–

84, pri čemer najvišja možna ocena kaže na popolno neodvisnost. V Veliki Britaniji je pridružen lestvici FIM (Granger, 2015).

- Lestvica odvisnosti Northwich Park (Northwich Park Dependency Scale – NPDS) opisuje splošne in specialne potrebe pacientov. 16 postavk o splošnih potrebah omogoča pridobitev informacij, potrebnih za napoved negovalnih intervencij (Williams, et al., 2007). 7 postavk o specialnih potrebah se nanaša na specifično terapevtsko okolje. Nižji rezultati kažejo večjo neodvisnost. Manj kot 10 točk predstavlja nizko stopnjo odvisnosti, srednjo stopnjo odvisnosti predstavlja 10–25 točk in visoko stopnjo odvisnosti več kot 25 točk. Skupna ocena lestvice je 100 točk (Granger, 2015).
- Lestvica negovalne odvisnosti (Care Dependency Scale – CDS) izhaja iz 14 temeljnih življenjskih aktivnosti po Virginii Henderson. Prvotno je bila lestvica oblikovana za geriatrične in mentalno ovirane paciente. Obstaja tudi lestvica za hospitalizirane paciente, ki vsebuje 15 postavk po osnovnih življenjskih potrebah; na tej lestvici je lahko doseženih 15–75 točk (Granger, 2015).
- Lestvica negovalne odvisnosti za rehabilitacijo (Care Dependency Scale for Rehabilitation – CDS-R) je izpeljanka lestvice CDS. Ima 16 postavk, ocenjevanih po petstopenjski Likertovi lestvici. Seštevek točk je od 16 do 80, pri čemer najvišje število točk pomeni popolno neodvisnost pacienta (Eichhorn-Kissel, et al., 2011; Granger, 2015).

– Ocena negovalnih potreb Northwick Park (Northwick Park Care Needs Assessment – NPCNA) omogoča oceno potreb pacientov. Vključuje dejavnosti vsakdanjega življenja, zavedanje varnosti, vedenje in komuniciranje (Granger, 2015).

### *Kategorija 2: Veljavnost in zanesljivost ocenjevalnih lestvic*

Turner-Stokes in Siegert (2013) sta proučevala lestvici FIM in FAM in s pomočjo faktorjske analize ugotovila, da se po rotaciji faktorjev pokaže izrazita ločitev med motoričnimi in kognitivnimi dejavniki. Cronbachov koeficient alfa je znašal 0,97 za motorično oz. 0,96 za kognitivno domeno. V Veliki Britaniji se je kombinirana lestvica FIM+FAM z novejšim modulom EADL pokazala kot zanesljivo orodje za določanje funkcijske samostojnosti. Ima visoko notranjo skladnost in je odzivna na spremembe, ki se pojavljajo pri splošni nevrorehabilitacijski populaciji (Turner-Stokes & Siegert, 2013). Svensson in Sunnerhagen (2012) sta v raziskavi primerjala zanesljivost lestvic FIM in NPDS. Prišla sta do ugotovitve, da se lestvici dobro dopolnjujeta in da je lestvica NPDS bolj občutljiva pri zaznavanju sprememb stopnje odvisnosti. Zanesljivost in primernost obeh omenjenih lestvic v rehabilitacijskem okolju so potrdili tudi Turner-Stokes in sodelavci (2010b).

### *Kategorija 3: Medsebojna primerjava ocenjevalnih lestvic*

Lestvice, ki jih v raziskavah primerjajo med seboj, so: BI, FIM, NPDS in NPCNA.

- Ugotovljena je bila zadovoljiva skladnost med lestvicama NPDS in FIM. Ocenjevanje vzporedne zanesljivosti med FIM in NPDS je pokazalo, da je NPDS bolj občutljiva, ko je odvisnost pacientov visoka. Ti dve lestvici se dopolnjujeta. NPDS lahko uporabimo kot merilo za močno odvisne paciente, ta lestvica je namreč občutljiva, kadar se pokaže potreba po povečani zdravstveni negi (Svensson & Sunnerhagen, 2012).
- Primerjava med lestvicama CDS-R in BI je pokazala nekoliko boljšo odzivnost BI, vendar sta obe lestvici primerni za oceno pacientovih sprememb v časovnem obdobju (Eichhorn-Kissel, et al., 2011). Turner-Stokes in sodelavci (2010b) so opazili visoko povezanost skupne ocene sklopa osnovnih potreb po zdravstveni negi in skupne ocene sklopa specialnih potreb po zdravstveni negi.
- Narejena je bila tudi primerjava ocene izida rehabilitacije med lestvicami NPDS, BI in FIM+FAM pri pacientih po možganski kapi, poškodbi hrbtenjače, politravmi, poškodbi možganov, amputaciji, revmatoidnem artritisu, sladkorni bolezni, bolezni pljuč, tuberkulozi ter koronarni srčni bolezni. Ugotovili so, da je stopnja skladnosti med lestvicami BI, NPDS in FIM v bolnišničnem okolju dobra.

- Tyson in sodelavci (2010) so proučevali lestvice BI, FIM+FAM, NPDS, Leeds Handicap in Waterlow ter ugotovili, da so vse široko uporabljene v vsakodnevni praksi v nevrorehabilitacijskih enotah. Obravnavane lestvice ugotavljajo zahtevnost pacientov z vidika zdravstvene nege: poslabšanje in omejitve v gibanju, napoved izboljšanja in načrtovanje odpusta. Na podlagi dosežkov zdravstveni delavec obvešča pacienta o načrtu zdravljenja in spremlja napredek.
- Nasprotno kot Skinner in Turner-Stokes (2006) so Houlden in sodelavci (2006) ugotovili, da imata lestvici BI in FIM podobno odzivnost.

### *Kategorija 4: Uporaba ocenjevalnih lestvic*

V Veliki Britaniji v 86 % rehabilitacijskih ustanov uporabljajo vsaj eno od standardiziranih ocenjevalnih lestvic. Najpogosteje uporabljene lestvice so BI, FIM in FIM+FAM. Lestvici NPDS in NPCNA uporabljajo za oceno tistih pacientov, ki potrebujejo več pomoči zdravstvenega osebja (Skinner & Turner-Stokes, 2006). Ocenjevalne lestvice se v vsakodnevni klinični praksi v nevrorehabilitacijskih oddelkih uporabljajo kot podpora in informacija (Tyson, 2010). Lestvica CDS-R lahko ugotovi pacientov napredek med potekom rehabilitacije (Eichhorn-Kissel, et al., 2011). Lestvico NPDS je mogoče uporabljati kot veljaven in zanesljiv instrument pri številnih obolenjih (možganska kap, spinalne lezije, politravme, poškodbe možganov, amputacije, sladkorna bolezen, bolezni pljuč, koronarna arterijska bolezen) (Plantinga, et al., 2006).

Narejenih je bilo tudi nekaj raziskav, s katerimi se je skušalo ugotoviti, ali lahko z ocenjevalnimi lestvicami, ki ocenjujejo samostojnost pacienta, ugotovimo tudi njegovo ogroženost za nastanek razjede zaradi pritiska (RZP). Ugotovili so, da z ocenjevalnimi lestvicami, kot so CDS, FIM in BI, pacientovo ogroženost za nastanek RZP najverjetneje lahko ocenimo prav tako dobro kot z najbolj pogosto uporabljenimi ocenjevalnimi lestvicami za nastanek RZP, kakršni sta Nortonova lestvica in lestvica Waterlow (Balzer, et al., 2007; Petkovšek-Gregorin, et al., 2013).

### *Kategorija 5: Vpliv dela medicinskih sester na napredek pri samostojnosti pacientov*

Za optimalen rezultat izida rehabilitacije so pomembne tudi medicinske sestre s srednješolsko strokovno izobrazbo. To so ključne osebe, ki starejšim prebivalcem pomagajo pri premagovanju zdravstvenih težav, zmanjšujejo njihovo odvisnost in posledično povečajo njihovo dobro počutje. Medicinske sestre preživijo več časa pri pacientih, ki so starejši, pri pacientih, ki so hospitalizirani krajši čas, in pri pacientih s slabšo telesno zmogljivostjo (Nelson, et al., 2007). S pomočjo lestvice NPDS je mogoče oceniti potrebe po zdravstvenonegovalnem kadru v rehabilitacijskih ustanovah. Pomanjkanje zdravstvenonegovalnega

kadra se je pokazalo v času dela zjutraj, opoldne in pred spanjem (Williams, et al., 2007). Potrebe pacientov po zdravstveni negi imajo neposreden vpliv na obremenjenost medicinskih sester. Pretirana obremenitev lahko povzroči slabšo oskrbo pacienta in poveča stres zaposlenih in odsotnost z dela (Lowe, et al., 2015). Več neposrednega časa v izvajanju zdravstvene nege je bilo porabljenega za trening dnevnih aktivnosti, kot so pomičnost v postelji, presedanje in prehranjevanje. Cilj rehabilitacijske zdravstvene nege v ustanovah z dolgotrajno oskrbo je bil predvsem ohranjanje funkcijske neodvisnosti pacientov in izvajanje terapije. Ocena funkcijske neodvisnosti omogoči osredotočanje na paciente s potencialom za izboljšanje njihove samostojnosti (Vähäkangas, et al., 2008).

## Diskusija

Namen raziskave je bil s pomočjo pregleda literature ugotoviti, katere ocenjevalne lestvice za oceno pacientove funkcionalne samostojnosti se najpogosteje uporabljajo v rehabilitacijski zdravstveni negi in katere omogočajo najširši in najnatančnejši vpogled v pacientovo funkcionalno samostojnost. Ugotovili smo, da je na voljo veliko različnih instrumentov, s katerimi lahko ocenimo, spremljamo in vrednotimo pacientov napredek. Najpogosteje uporabljene lestvice so BI, FIM+FAM in NPDS, ki so tudi najbolj uporabljane v rehabilitacijskih ustanovah. Nekateri avtorji omenjajo tudi lestvice FIM, CDS, CDS-R in NPCNA, ki prav tako vključujejo pacientovo oceno odvisnosti v zdravstveni negi. Naštete lestvice izkazujejo visoko zanesljivosti z vidika notranje skladnosti. Pogosto so jih med seboj primerjali in iz njih izpeljevali različice, primerne za posamezno specifično okolje.

Najpogosteje je uporabljena lestvica BI. Njej sledi združena lestvica FIM+FAM, ki daje veljavne in zanesljive informacije o posameznikovih željah in potrebah ter ugotavlja, kateri so bistveni problemi pri izvajanju temeljnih življenjskih aktivnosti. Lestvici BI in FIM+FAM sta uporabni za vse vrste bolezenskih stanj (Plantinga, et al., 2006; Eichhorn-Kissel, et al., 2011). Iz ocene BI in CDS-R je mogoče sklepati o klinično pomembnih spremembah, ki nastanejo med potekom rehabilitacije (Eichhorn-Kissel, et al., 2011; Eichhorn-Kissel, 2012). Lestvica BI napredek pacienta prikaže natančneje kot lestvica CDS-R (Eichhorn-Kissel, et al., 2011).

Ugotovili smo, da lestvici NPDS in FIM+FAM omogočata najširši vpogled v pacientove potrebe po zdravstveni negi. Obe lestvici sta občutljivi na zaznavanje pacientovega napredka. Siegert in Turner-Stokes (2010) sta ugotovila, da je lestvica NPDS na spremembe odzivna zlasti v skupinah visoko odvisnih pacientov. Ta lestvica natančno opisuje splošne in specialne potrebe pacientov (Williams, et al., 2007). V primerjavi s pogosteje uporabljenimi ocenjevalnimi lestvicami daje širši razpon informacij o potrebah, ki jih

pokriva zdravstvena nega. Zanesljivost in primernost obeh omenjenih lestvic v rehabilitacijskem okolju je potrdilo več avtorjev (Plantinga, et al., 2006; Turner-Stokes, et al., 2010a; Turner-Stokes, et al., 2010b).

Na podlagi pregleda literature smo ugotovili, da medicinske sestre zaradi narave dela pomembno pripomorejo k hitrejši rehabilitaciji pacientov. Nelson in sodelavci (2007) so ugotovili, da lahko s pomočjo ocene izida rehabilitacije dokažemo, da medicinske sestre lahko statistično pomembno skrajšajo trajanje rehabilitacije. Z natančnim ocenjevanjem pacientove samostojnosti s pomočjo ocenjevalnih lestvic medicinska sestra natančneje in hitreje ovrednoti pacientove potrebe po zdravstveni negi in ob zaključku rehabilitacije lažje oblikuje zaključno poročilo o uspešnosti svojega dela. S strokovnega vidika so ocenjevalne lestvice nepogrešljiv pripomoček v procesu načrtovanja, obravnave in spremljanja pacientov. Ocena funkcionalne samostojnosti pacienta olajša komunikacijo med pacientom, njegovo družino in zdravstvenimi delavci, kar omogoča kontinuiteto dela zdravstvene nege (Plantinga, et al., 2006). Ocenjevalne lestvice so prav tako pomembne tudi v kliničnem raziskovalnem delu (Vidmar, et al., 2008).

Iz ocen pacientove funkcionalne samostojnosti lahko ugotovimo tudi potrebe po številu medicinskih sester, potrebnih za izvajanje aktivnosti zdravstvene nege. To omogočata lestvici NPDS ali NPCNA, ki dajeta dober vpogled v časovno izvajanje aktivnosti zdravstvene nege (Plantinga, et al., 2006; Siegert & Turner-Stokes, 2010; Eichhorn-Kissel, et al., 2011; Granger, 2015).

Zaradi postavljenih izključitvenih kriterijev in izbire samo lestvic, ki se najpogosteje uporabljajo za oceno pacientove funkcionalne samostojnosti, smo morda izpustili nekatere pomembne raziskave, ki so nam sicer dostopne. Med omejitve prištevamo tudi dejstvo, da sta bila pregled in vključevanje oz. izločanje dostopne literature opravljena s strani le enega raziskovalca. Za potrditev prispevka je potrebnih še več raziskav, s pomočjo katerih bi potrdili ali ovrgli pravilnost naših ugotovitev.

## Zaključek

Na podlagi pregleda literature smo prišli do ugotovitev, da spadata lestvici NPDS in FIM+FAM med najbolj zanesljivi za uporabo v rehabilitacijski zdravstveni negi. Z njima lahko celostno ocenimo potrebe po zdravstveni negi pacienta ter spremljamo in vrednotimo delo. Pomembno je, da se z oceno pacientovega stanja lažje in natančneje prenese skrb za pacienta na svoje ali druge negovalce, ki morajo biti seznanjeni o dosežkih, ki jih je pacient dosegel v času rehabilitacije. Omenjeni lestvici omogočata spremljanje pacientovega zdravstvenega stanja, njegovega napredka v samostojnosti in ugotavljanje izida zdravljenja.

Rezultati raziskave so lahko podlaga za nadaljnje odkrivanje potreb po raziskovanju na področju



ocenjevalnih lestvic, ki so nam v pomoč pri ocenjevanju samostojnosti pacienta v zdravstveni negi, in za ugotavljanje uporabnosti teh lestvic v slovenskem prostoru. Za slovenski prostor, kjer je Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN) že uveljavljena, bi bilo zanimivo ugotoviti, ali obstaja povezava med obravnavanimi lestvicami. Zdravstvena nega mora biti usmerjena k prikazu in ovrednotenju tega dela, kar je s SKZBZN delno že dosegla (Klančnik Gruden, et al., 2011). Z dodatno potrditvijo s pomočjo ene od opisanih lestvic pa bi še pridobila na verodostojnosti.

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

## Financiranje/Funding

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

## Etika raziskovanja/Ethical approval

Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje ali soglasje komisije za 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 raziskavo zasnovala, definirala namen in metodologijo ter izvedla analizo podatkov. Druga avtorica je opravila iskanje in pregled literature ter izbor vključenih raziskav. Obe avtorici sta prispevali pri pisanju Diskusije in Zaključka./The first author conceived the study, defined the research aims, and the methodology used for the identification and analysis of all included data. The other author searched and reviewed literature and selected the studies to be included. Both authors contributed to the writing of Discussion and Conclusion.

## Literatura

Balzer, K., Pohl, C., Dassen, T. & Halfens, R., 2007. The Norton, Waterlow, Braden, and Care Dependency Scales: comparing their validity when identifying patients' pressure sore risk. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 34(4), pp. 389–398. <https://doi.org/10.1097/01.WON.0000281655.78696.00> PMID:17667085

Eichhorn-Kissel, J., Dassen, T., Kottner, J. & Lohrmann, C., 2010. Psychometric testing of the modified Care Dependency Scale for Rehabilitation. *Clinical rehabilitation*, 24(4), pp. 363–372. <https://doi.org/10.1177/0269215509346091> PMID:20212060

Eichhorn-Kissel, J., Dassen, T. & Lohrmann, C., 2011. Comparison of the responsiveness of the Care Dependency Scale for rehabilitation and the Barthel Index. *Clinical Rehabilitation*, 25(8), pp. 760–767. <https://doi.org/10.1177/0269215510397558> PMID:21402648

Eichhorn-Kissel, J., 2012. Responsiveness of the Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), pp. 194–202. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00907.x> PMID:21812798

Granger, C.V., 2015. Measuring outcomes in rehabilitation medicine. In: S. Kishner, ed. *Quality and outcome measures for rehabilitation programs*. Medscape. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/317865-overview> [30. 6. 2015].

Gutenbrunner, C., Ward, A.B. & Chamberlain, M., 2007. White book on Physical and Rehabilitation medicine in Europe. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(Suppl 45), pp. 1–48. <https://doi.org/10.2340/16501977-0028> PMID:17206318

Harris, F. & Springle, S., 2008. Outcome measurement of a wheelchair intervention. *Disability Rehabilitation Assistive Technology*, 8, pp. 1–10. <https://doi.org/10.1080/17483100701869784>

Houlden, H., Edwards, M., McNeil, J. & Greenwood, R., 2006. Use of the Barthel Index and the Functional Independence Measure during early inpatient rehabilitation after single incident brain injury. *Clinical Rehabilitation*, 20(2), pp. 153–159. <https://doi.org/10.1191/0269215506cr917oa> PMID:16541936

Klančnik Gruden, M., Bregar, B., Peternej, A., Marinšek, N., Zaletel, M., Skela Savič B., et al., 2011. *Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnice zdravstvene nege (SKZBZN): priročnik*. Verzija 4. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Lavton, M.P., 1971. The functional assessment of elderly people. *Journal of American Geriatric Society*, 19(6), pp. 465–481. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1971.tb01206.x>

Lowe, M., Santamaria, N., Tacey, M. & Rowe, L., 2015. Nursing absenteeism following the introduction of the Northwick Park Dependency Scale Hospital version (NPDS-H) in the rehabilitation setting. *Journal of American Rehabilitation Nursing Association*, 8(1), pp. 11–17.

Nelson, A., Powell-Cope, G., Palacios, P., Luther, L.S., Black, T., Hillman, T., et al., 2007. Nurse staffing and patient outcomes in inpatient rehabilitation settings. *Rehabilitation nursing*, 32(5), pp. 179–202. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2007.tb00173.x> PMID:17899990

- Petkovšek-Gregorin, R., Hribar, K. & Vidmar, G., 2013. Ali lahko tudi s pomočjo testa funkcijske neodvisnosti pacienta napovemo njegovo ogroženost za nastanek razjede zaradi pritiska? In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zurc, eds. *Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi. 6. mednarodna znanstvena konferenca: zbornik predavanj z recenzijo, 6.–7. junij 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego*, pp. 242–250.
- Plantinga, E., Tiesinga, L.J., van der Schans, C.P. & Middel, B., 2006. The criterion-related validity of the Northwick Park Dependency Score as a generic nursing dependency instrument for different rehabilitation patient groups. *Clinical Rehabilitation*, 20(10), pp. 921–926.  
<https://doi.org/10.1177/0269215506072187>  
PMid:17008343
- Polit, D.F. & Beek, C.T., 2008. *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, pp. 5–11.
- PRISMA, 2017. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA). Available at: <http://prisma-statement.org/Default.aspx> [7. 8. 2017].
- Siegert, R.J. & Turner-Stokes, L., 2010. Psychometric evaluation of the Northwick Park Dependency Scale. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(10), pp. 936–943.  
<https://doi.org/10.2340/16501977-0602>  
PMid:21031290
- Skinner, A. & Turner-Stokes, L., 2006. The use of standardized outcome measures in rehabilitation centres in the UK. *Clinical Rehabilitation*, 20(7), pp. 609–615.  
<https://doi.org/10.1191/0269215506cr981oa>  
PMid:16894804
- Svensson, S. & Sunnerhagen, K.S., 2012. A comparison between two instruments for assessing dependency in daily activities: agreement of the Northwick Park Dependency Score with the Functional Independence Measure. *Rehabilitation research and practice*, art. ID 769513, pp. 1–6.  
<https://doi.org/10.1155/2012/769513>  
PMid:23213533; PMCID:PMC3506906
- Turner-Stokes, L. & Siegert, R.J., 2013. A comprehensive psychometric evaluation of the UK FIM + FAM. *Disability and rehabilitation*, 35(22), pp. 1885–1895.  
<https://doi.org/10.3109/09638288.2013.766271>  
PMid:23384240; PMCID:PMC3812697
- Turner-Stokes, L., Williams, H., Howley, D., Jackson, D., 2010a. Can the Northwick Park Dependency Scale be translated to a Barthel Index? *Clinical Rehabilitation*, 24(12), pp. 1112–1120.  
<https://doi.org/10.1177/0269215510371432>  
PMid:20562164
- Turner-Stokes, L., Williams, H., Rose, H., Harris, S. & Jackson, D., 2010b. Deriving a Barthel Index from the Northwick Park Dependency Scale and the Functional Independence Measure: are they equivalent? *Clinical Rehabilitation*, 24(12), pp. 1121–1126.  
<https://doi.org/10.1177/0269215510375904>  
PMid:20713435
- Tyson, S., Greenhalgh, J., Long, A.F. & Flynn, R., 2010. The use of measurement tools in clinical practice: an observational study of neurorehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 24(1), pp. 74–81.  
<https://doi.org/10.1177/0269215509341527>  
PMid:20026577
- Vähäkangas, P., Noro, A. & Finne-Soveri, H., 2008. Daily rehabilitation nursing increases the nursing time spent on residents. *International Journal of Nursing Practice*, 14(2), pp. 157–164.  
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2008.00679.x>  
PMid:18315829
- Williams, H., Harris, R. & Turner-Stokes, L., 2007. Can the Northwick Park Care Needs Assessment be used to estimate nursing staff requirements in an inpatient rehabilitation settings? *Clinical rehabilitation*, 21(6), pp. 535–544.  
<https://doi.org/10.1177/0269215507075501>  
PMid:17613584
- World Health Organization, 2014. *Disability and health*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/> [6. 11. 2015].

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Petkovšek-Gregorin, R. & Mali, B., 2017. Uporaba ocenjevalnih lestvic pri ocenjevanju samostojnosti pacienta v rehabilitacijski zdravstveni negi: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), pp. 234–244. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.3.127>

## 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](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 opis 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](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 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.

### 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 strukturnih delih članka (Uvod/Introduction, Metode/Methods, Rezultati/Results, Diskusija in zaključek/Discussion and conclusion). Za vsakega avtorja je treba napisati, v katerih delih priprave članka je sodeloval in kaj je bil njegov prispevek v posameznem delu.

**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)novejšo literaturo in ali citira znanstvene raziskave avtorjev, ki so pisali o isti temi v domačih revijah; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali je citiranje literature ustrezno, ali se v besedilu navedena literatura ujema s seznamom literature na koncu članka. Dostopno literaturo je treba preveriti. Oceniti je treba ustreznost slik ter tabel, preveriti, če se v njih ne ponavlja tisto, kar je v besedilu že navedeno. Recenzentova dolžnost je opozoriti na morebitne nerazvezane kratice. Recenzent mora biti še posebej pozoren na morebitno plagiatstvo in krajo intelektualne lastnine.

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

**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:

**Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Associate Professor**

Editor, Executive Editor:

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

Editor, Web Editor:

**Martina Kocbek Gajšt, MA, BA**

Editorial Board:

- **Branko Regar, MSc, RN, Senior Lecturer**, University Psychiatric Hospital Ljubljana, Slovenia
- **Simona Hvalič Touzery, PhD, MSc, BA, Assistant Professor**, Angela Boškin Faculty of Health Care, Slovenia
- **Sonja Kalauz, PhD, MSc, MBA, RN, Assistant Professor**, University of Applied Health Studies Zagreb, Croatia
- **Igor Karnjuš, 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
- **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 Nursing Science**, Udine University, School of Nursing, Italy
- **Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Polona Selič, PhD, MSc, BSc, Associate Professor**, University of Ljubljana, Faculty of Medicine, Slovenia
- **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

Reader for Slovenian

**Ana Božič, MSc, 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](mailto:obzornik@zbornica-zveza.si)

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

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

Print run: 1045 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

- 90 let organiziranega delovanja medicinskih sester na Slovenskem: iz preteklosti skozi sedanost v prihodnost  
90 years of professional nursing in Slovenia: the past, the present and the future  
*Monika Ažman* 184

## IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- The attitude of employees in perioperative nursing to training new employees in the workplace: an example of one organization  
Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu: primer ene organizacije  
*Tina Oblak, Brigita Skela-Savič* 190

- Ocena prehranskega stanja starejših v socialnovarstvenem zavodu  
Assessment of the nutritional status of the elderly in a residential home  
*Nika Urh, Katarina Babnik, Doroteja Rebec, Tamara Poklar Vatovec* 207

- Analiza vodenja potermenske nosečnosti v Sloveniji v letu 2012  
Analysis of post-term pregnancy management in Slovenia in 2012  
*Klavdija Obreza, Ivan Verdenik, Ana Polona Mivšek* 219

- Prvo srečanje s porodom med študenti babištvu: samoocena občutij ob prvi klinični praksi v porodnem bloku  
The first encounter with childbirth among midwifery students: self-evaluation of the feelings at their first clinical practice in a maternity ward  
*Tjaša Plemen, Ana Polona Mivšek* 226

## PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Uporaba ocenjevalnih lestvic pri ocenjevanju samostojnosti pacienta v rehabilitacijski zdravstveni negi: pregled literature  
The use of assessment scales for evaluating patient's independence in rehabilitation nursing: literature review  
*Romana Petkovšek-Gregorin, Brigita Mali* 234

