

# Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



51(4)  
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, znan. svet.**

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. 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**

**mag. Julija Potrč**

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

E-naslov: [obzornik@zbornica-zveza.si](mailto: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: 750 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 4  
Ljubljana 2017 Volume 51 Number 4

## OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

### NAMEN IN CILJI

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

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

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

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

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

---

## SLOVENIAN NURSING REVIEW

### AIMS AND SCOPE

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

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

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

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

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

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

Professionalization of nursing in Slovenia: challenges and responsibilities for nurses with a higher education degree

Profesionalizacija zdravstvene nege v Sloveniji: izzivi in odgovornosti za visokošolsko izobražene medicinske sestre in zdravstvenike

*Brigita Skela-Savič*

264

**IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE**

Development of nursing professionalization elements in Slovenia: the group interview technique

Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev

*Brigita Skela-Savič*

274

Women's satisfaction with the childbirth experience: a descriptive research

Zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo: opisna raziskava

*Lara Menhart, Mirko Prosen*

298

Starizem v zdravstvenih ustanovah

Ageism in healthcare institutions

*Amadeus Lešnik, Jožefa Tomažič*

312

Opisna raziskava mnenj in stališč študentov zdravstvene nege ter kliničnih mentorjev glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja

A descriptive research on opinions and views of nursing students and clinical mentors on assessment of clinical practice

*Edita Meden, Andreja Kvas, Silvestra Hoyer*

320

Diplomske značke nekdanjih šol za medicinske sestre, otroške negovalke in babice v Sloveniji: interpretativna zgodovinska raziskava

Graduation badges or pins of former nursing and midwifery schools in Slovenia: an interpretative historical research

*Janez Fischinger, Duša Fischinger*

328

Leading article/Uvodnik

## Professionalization of nursing in Slovenia: challenges and responsibilities for nurses with a higher education degree

Profesionalizacija zdravstvene nege v Sloveniji: izzivi in odgovornosti za visokošolsko izobražene medicinske sestre in zdravstvenike

Brigita Skela-Savič

Fast-paced development of society and increasing needs for healthcare services call for a discussion on knowledge in nursing which could help meet these new demands. This leading article further develops some topics previously touched on in the leading article *Professionalism in nursing: what is its current level in Slovenia* (Skela-Savič, 2016a), adding new evidence from the project Nursing as a scientific discipline in Slovenia (Skela-Savič, et al., 2017a).

Based on my previous research work, I would describe the process of nursing professionalization as an organized system of formal higher education for an occupation with a strongly defined work ethic, responsibilities and code of conduct where its practitioners are members of a professional association. The work is performed on the basis of clearly defined guidelines and standards for monitoring work quality, self-monitoring, and evidence-based practice. The latter calls for a system of scientific research which provides new knowledge, assesses the appropriateness of existing practices, successfully addresses professional issues and needs of the society, and poses challenges for a new paradigm—in our case, the paradigm of nursing as a socially responsible scientific discipline and profession.

### *Who is responsible for professionalization of nursing in Slovenia?*

A profession develops as the end result of the process of professionalization which is not a one-time event, but rather a series of development activities dependent primarily on the competencies of the highest-level decision makers, on their ability to strategically plan the implementation of changes and to clearly articulate

the need for improvements in clinical practice to meet the needs of the healthy and ill populations. So—who is responsible for that? The answer lies in representative studies conducted in Slovenia (Skela-Savič, 2017; Skela-Savič, et al., 2016a, 2017a, 2017b). Nursing managers in healthcare institutions and long-term care facilities, managers in higher education institutions offering nursing programs, and managers of the national nursing association are the ones who should assume responsibility for the development of nursing at present and in the future.

The conditions for making the shift from an occupation to a profession include formally acquired knowledge, competencies, abilities, and values for development work in nursing as these can generate the understanding of development competencies and the implementation of evidence-based practice (Skela-Savič, et al., 2017b). In their employees, nursing managers must encourage the development of knowledge in research and evidence-based nursing care (Skela-Savič, et al., 2016a). By doing so, they will overcome the mentality identified in qualitative group interviews of experts in nursing which included, for example, understanding research and development as nurses' leisure activities, low self-awareness, a lack of interest for obtaining knowledge needed to establish research and development, and a lack of respect for research knowledge (Skela-Savič, 2017).

Current healthcare managers (including nurse leaders) must have obtained postgraduate-level managing and leadership skills as well as knowledge and competencies in the following areas: communication and relationship building, knowledge of the healthcare environment, modern approaches to leadership, establishment of

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

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

The leading article is based on a submission by Brigita Skela-Savič entitled *Slovenian nursing care and professionalization—challenges for the future*, published in the journal commemorating the 90th anniversary of professional nursing association in Slovenia issued in 2017 in Ljubljana./Uvodnik je nastal na osnovi prispevka Brigite Skele-Savič *Slovenska zdravstvena nega in profesionalizacija – izzivi za prihodnost*, objavljenega v zborniku 90. let organiziranega delovanja v zdravstveni negi v Sloveniji, izšlega v Ljubljani leta 2017.

Received/Prejeto: 1. 11. 2017

Accepted/Sprejeto: 6. 11. 2017

professionalism at all levels, efficient system management, development of employees' knowledge and abilities needed to appropriately meet the needs in their environment, demographic trends, public health issues, establishment of values that support evidence-based practice, responsibility, quality and safety, intersectoral collaboration, implementation of the policy of constant quality monitoring and improvement, implementation of quality principles, and introduction of information technology solutions in healthcare, also in terms of improving work processes and ensuring active involvement of service users (American College of Healthcare Executives, 2014; Skela-Savič, 2016b). According to the American College of Healthcare Executives (2014), a specialization in nursing management is required for top nursing positions, yet no such requirement exists in Slovenia. With this in mind, it is easier to understand research findings that reveal successful professionalization of nursing in Slovenia. Skela-Savič and colleagues (2016a) have found that managers need a clear vision of development in research and evidence-based practice which is an integral part of the hospital's operations. To achieve that, they must develop nurse leaders whose job is to foster a culture of research and evidence-based practice in the clinical settings.

Also, we must reconsider the currently established practice in Slovenia that, when nurses with a higher education get promoted to head nurses, they stop being involved in direct patient care. Does that truly benefit the development of the profession? A comparison with physicians reveals that, when they get promoted to directors, medical directors or heads of major departments, they always retain some of their work in the clinical setting. Therefore, they do not face difficulties when it comes to understanding the clinical setting, being a part of it and returning to the clinical setting after the leadership position term ends. The practice common among nursing managers—that after assuming a leadership position they cut their ties with the clinical setting—is actually debilitating for the profession, possibly deterring the formation of a competitive arena for leadership and development positions, discouraging education at the second and third cycles, and neglecting those with a postgraduate degree who are not given an opportunity to transfer their knowledge into practice. This policy can be destructive and is detrimental for nursing as a profession. Actually, nursing managers should stay involved in clinical work, applying the tools of matrix organizational structure and transformational leadership in nursing and increasing the competencies of lower-level managers.

### *Knowledge and competencies in nursing*

Extant research (Skela-Savič, et al., 2016b; 2016c; 2017a) clearly shows that nursing professionals in Slovenia have difficulties when it comes to the basic

understanding and implementation of the first phase of professionalization, namely "the formation of profession", as termed by Watkins (2011), because they do not understand nursing competencies according to educational levels. Although competencies from secondary school nursing programs are not repeated in higher education nursing programs, the reality of clinical practice reveals a different picture. In fact, competencies for specialist work and for advanced practice in clinical settings, as outlined by the European Federation of Nurses Associations (EFN Workforce Committee, 2014), do not yet exist in Slovenia.

Moreover, research (Skela-Savič, et al., 2016b; 2016c; 2017a) conducted as part of a two-year project has indicated a host of issues, such as education-related differences and mistrust among secondary schools and higher education institutions, or the still prevalent belief that a secondary school degree in health care is required for enrollment into higher education nursing programs, despite the fact that a European Directive (Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013) unambiguously defines the requirement for enrollment as having completed 12 years of general education. Such attitudes are hindering the development of university programs which earn graduates the professional title registered nurse (RN). After all, all European Union (EU) member countries and most former Yugoslavian countries committed to developing these programs. A four-year education at the university level would better equip graduates with the knowledge necessary for understanding and implementing nursing professionalization.

Finally, the system of continuous professional education—a condition for obtaining a nursing license—is in need of reform. It has been shown that Slovenian nurses holding a higher education degree receive very little education in applied research, development work and evidence-based practice (Skela-Savič, et al., 2016a). The obligatory programs for a nursing license have to be expanded to include the understanding of ethics not only in terms of responsibility towards the patients and long-term care residents, but also in terms of responsibility for the development of the profession—that is what nursing care should be like, but it is sadly not. Obligatory educational programs should also include evidence-based practice.

### *Patient needs and human resource requirements*

It has to be carefully considered which knowledge and skills nurses need to meet current patient needs and how human resource requirements should be set to ensure enough patient time and an acceptable quality and safety of patient work. For the past decade, higher education system has produced masters in nursing, but advanced practice positions in healthcare institutions

have yet to be systematized although the needs for these positions already exist. Good examples are family medicine reference clinics (FMRCs). Nurses with a higher education degree employed at these clinics are included in postgraduate education modules planned by family physicians. However, these modules are not accredited and therefore do not earn them a higher level of education. According to the ICN guidelines, nurses working in advanced practice should have a master's degree. When we come across the fruits of labor by RNs employed at FMRCs published by family physicians in international and Slovenian journals, these nurses are rarely credited as co-authors and their position is stated as advance nurse practitioner. That is the case in articles, but a master's degree is not a requirement for their position in practice. What is more, few community health centers support RNs working in FMRCs in their efforts to obtain a master's degree in nursing of health promotion.

Evidence-based results must be presented to underline the need for more nursing professionals with a higher education degree. As part of nursing development nursing, nurses should go on strike as a unified occupational group and demand that human resource requirements be increased, that European directives be followed in practice, and that the level of education in nursing be raised, as these measures would lead to a decrease in complications which come with a price. There is more than enough evidence to support these demands. The most recent study by Aiken and colleagues (2017) revealed that, if a nursing team consists of four nurses with a higher education degree and two nurses with a lower education and cares for 25 surgical patients, substituting one nurse with a higher education for a nurse with a lower education increased the patients' odds of dying by 21 %. The study was conducted in Belgium, England, Spain, Switzerland and Finland. And how many nurses with a higher education degree care for 25 surgical patients in Slovenia? After considering this question, we can no longer claim that Slovenian nurses will never go on strike, but we should rather say that they must strike—by doing so, we take the right ethical stance for the provision of high-quality, safe nursing care. A strike would let patients know that they could receive better care if our conditions were similar to those in other countries and if work standards for nurses were comparable to those of physicians.

Slovenia is at the bottom of EU member countries in the percentage of nurses with a higher education degree (OECD, 2013). It is not enough that only a few members of the higher education arena are drawing attention to the fact that although Slovenia's educational system is in line with the European directive for regulated professions, this is not reflected in human resource requirements only in the field of nursing, unlike in medicine, dentistry, midwifery, pharmacy, veterinary medicine, and architecture. After 90 years

of existence, RNs are still not the predominant nursing care providers in Slovenian clinical settings. Most nursing care is still conducted by assistant nurses who lack the necessary level of education and professional competencies for the scope and level of difficulty of the work they conduct. In reality, nursing managers drive assistant nurses into exceeding their professional competencies on a daily basis (Skela-Savič, et al., 2016c) by failing to employ enough RNs. Who is responsible for this situation? The answer is provided in a research report by Skela-Savič and colleagues (2017a)—the fact that assistant nurses are exceeding their competencies due to a lack of nurses with a higher education degree was created within the nursing profession itself. An interesting research question therefore emerges: what would the study by Aiken and colleagues (2017) reveal if it was conducted in Slovenia?

The study conducted by Albreht (2005) projects the need for more higher education nursing programs by taking into account only the demographic data for nurses with a higher education degree without considering patient needs. When Slovenia acceded to the EU and the Directive for regulated professions was implemented, nursing managers, higher education managers and the Nurses and Midwives Association of Slovenia (NMAS) failed to explain, based on international research evidence, that the number of higher education nursing programs must be increased and the number of secondary school nursing programs decreased as even then many assistant nurses faced unemployment. Moreover, a divergence began to be seen between nurses with a secondary school degree and a higher education degree when Slovenia entered the EU, and that divergence continues to be felt and is hindering the development of nursing as a profession. We continue to focus on the fifth and seventh levels according to the Slovenian Qualifications Framework, while patient needs call for specialist nurses, masters in nursing, and doctors of nursing practice. Today, Slovenia no longer faces a lack of nurses with a higher education degree; the issue today is that there are not enough systematized positions for these nurses. Systematization of four categories of practitioners (EFN Workforce Committee, 2014) with clearly defined competencies is sorely needed.

### *Professional title after completed formal education*

Another issue related to professionalization of nursing in Slovenia concerns the professional title of this occupational group. The project Nursing as a scientific discipline (Skela-Savič, et al., 2016c) revealed that the term caregiver has low social status, being perceived as less worthy and as such being inappropriate for a nursing care practitioner. In addition, the representatives of secondary healthcare schools did not embrace some new areas of nursing work, such as long-term care. Since 2007, there has been an ongoing debate about the professional title for nurses with a higher education degree which would



clearly illustrate the nature of work they conduct. In the last decade, the Slovenian Board for Nursing (SBN) has adopted a different title for this occupational group twice, most recently in 2014 when the adopted title was 'health care practitioner'. This represents only a minor change since this title ('*zdravstvenik*') has been in use for male nurses since 2004. The Ministry of Health has not yet implemented this proposal by placing it on the list of healthcare professions.

Discussions on the need to rename the professional title have sparked and continue to spark objections. A frequently heard reasoning is that the existing title, 'medical nurse' ('*medicinska sestra*'), is accepted in Slovenia and there is no need to change it. These arguments show a lack of understanding for the concept of professionalization. After all, even Angela Boškin—the first Slovenian nurse with a higher education degree—had the title 'care nurse' and not 'medical nurse'. As the occupation of nursing undergoes the process of professionalization, we should think about whether the professional title of Slovenian nurses is appropriate for usage of today and tomorrow. Decades ago, medical schools in Slovenia were renamed into healthcare schools, while the professional title of female nurses still holds the word 'medical'. No matter how we try to find evidence in an effort to understand why the professional title cannot be changed, one conclusion can be drawn: caring as the essence of the nursing profession has not been researched enough to withstand expert judgment, in nursing and outside of it, that it is also science. And that is the key problem with nursing as a scientific discipline, if compared to medicine. Both nursing theory and practice have to be developed and compared. We have to stop with the division of theoretical discourse in schools and practical knowledge in the clinical setting.

According to Carvalho (2014), healthcare professions differ from each other primarily in knowledge obtained through research work. Some nurses perceive this new knowledge as a deviation from nursing care and rather opt to support the local context of knowledge in practice. Horton and colleagues (2007) claim that, from a historical perspective, nursing entails the basic tasks of caring for and helping the ill and their families. At the moment, the profession is caught between the provision of care which was historically practiced by less educated 'caregivers' or those who acquired the knowledge, and nursing as a science which is—or should be—practiced by nurses with a higher education degree. Why is the proposed professional title 'graduated nursing practitioner' unacceptable if the occupation is termed nursing care?

### *Challenges for the future*

Several years of research work went into defining, at the strategic level, the national responsibility for the development of nursing as a scientific discipline and the indicators of whether national responsibility is

being fulfilled (Skela-Savič, 2017), and the results are published in this issue of the Slovenian Nursing Review. Fulfilling the national responsibility for achieving progress in professionalization of nursing is of utmost importance and must become the priority in the national strategy of nursing development in Slovenia. The defined national responsibility can be fulfilled by responsible managers who possess the knowledge and skills needed to recognize resources and opportunities for meeting the indicators for fulfilling the national responsibility. The goal is professionalization of nursing for high-quality, safe and efficient health care provision. The tools for reaching this goal include systematic research, expert judgment, development of critical thinking, and evidence-based decision making.

The efforts to make research work in nursing established can only be realized through a national institute for research work in nursing which must be founded by the NMAS. It is not reasonable to wait that nursing receives support from other institutions on this issue, especially regarding the current state of healthcare policy in Slovenia. The institute should be funded from membership fees of NMAS members and from calls for application. Such a national research institute will have an 'evidence-based' influence on politics; once it becomes scientifically established, it can obtain public funding for its operations. The institute should follow the maxim expressed in the previously mentioned study: "The center of development and research work must be the patient" (Skela-Savič, 2017).

Our professional association is celebrating 90 years of its existence. The national professional association (NMAS) is facing a special challenge: it has to formulate an ambitious and modern vision of development and set down its goals and the strategy for achieving them. A clear vision of development which supports social responsibility and responds to the needs of society calls for a systematic division of funding, a reflection on the current structure, and allocation of funding for research and development. It is crucial to demand a transparency of operations both at the level of the Association and at the level of regional societies. Professional associations must become the engine of professionalization, advocating evidence-based practice and research work. At the level of the national association, a clear distinction between the profession and politics must exist because only nonpartisanship will enable it to function in an evidence-based manner regardless of the political party in power. This is not to say that political activation of nursing professionals is undesired—on the contrary—, but it should take the form of candidacy in national and regional elections.

### *Final thoughts*

As an expert and researcher in nursing and health care, I wish to convey the following message: the development

of nursing as a profession and a scientific discipline is becoming increasingly dependent on how it is perceived within the occupational group. There are two distinct dimensions of perceiving nursing which have to coincide—the scientific dimension of nursing care provision and the dimension of reflection on nursing practice. The first provides nurses with a higher education degree with new knowledge to be tested in practice, while the second must serve as an imperative to researchers for scientific investigation and be categorized either in the field of nursing knowledge or, conversely, in the field of non-evidence-based practice. To achieve the latter, every RN must possess the necessary knowledge to understand the importance of research resulting in scientific findings. RNs should support development work in nursing and contribute to the exchange of evidence and findings from practice. That is how nursing will be able to retain the values which have historically shaped its relation to the healthy and the ill, and add the values of scientific knowledge on nursing care, professional development and evidence-based practice. Such a compromise is beneficial, enabling theory and practice to merge into one. A combination of these two dimensions will solidify the position of nursing as a profession and a scientific discipline providing care based on scientific evidence. If nurses with a higher education degree will fail to undertake this task, nursing will become a peripheral supporting service of the healthcare system and get lost in a myriad of those who, in the increasing needs for health and health care provision, will seize the opportunity and become advocates for the needs of the healthy and ill populations. Therefore, we cannot afford to waste time on unproductive squabbles and reproaches on excessive ambitiousness of individuals proposing changes. Instead, we should come together and scientifically substantiate our work—nursing care provision—as was done previously by our forerunners, Florence Nightingale and Angela Boškin, according to the level and understanding of the occupation at the time.

---

### *Slovenian translation/Prevod v slovenščino*

Dinamičen družbeni razvoj in večanje zahtev po zdravstvenih storitvah zahtevata razpravo o znanju v zdravstveni negi, kakršno bi bilo tem novim zahtevam kos. Pričujoči uvodnik nadaljuje teme, začete že v uvodniku *Professionalism in nursing: what is its current level in Slovenia* (Skela-Savič, 2016a), in dodaja nova spoznanja iz projekta Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji (Skela-Savič, et al., 2017a).

Na osnovi dosedanjega lastnega raziskovalnega dela bi pot profesionalizacije stroke zdravstvene nege opisala kot urejen sistem formalnega visokošolskega izobraževanja za poklic, ki ima opredeljeno poklicno etiko in odgovornost ter kodeks delovanja, izvajalce določene stroke pa povezuje profesionalno združenje. Podlage za poklicno delo so izdelane smernice in

standardi za spremljanje kakovosti dela, vzpostavljen nadzor lastnega dela in z dokazi podprto strokovno delo. Delo, podprto z dokazi, zahteva tak sistem znanstvenega raziskovanja, ki prinaša nova znanja, potrjuje ustreznost ali neustreznost obstoječega delovanja v stroki, odgovarja na probleme v stroki in na družbene potrebe ter postavlja izzive za novo razvojno paradigmo, v našem primeru za paradigmo zdravstvene nege kot družbeno odgovorne znanstvene discipline in profesije.

### *Odgovorni za profesionalizacijo zdravstvene nege v Sloveniji*

Profesija se razvije v procesu profesionalizacije, ki ni enkratno dejanje, temveč je niz razvojnih aktivnosti, ki so odvisne predvsem od usposobljenosti odgovornih na najvišjih pozicijah odločanja, od njihove sposobnosti strateškega načrtovanja sprememb in argumentiranega izražanja zahtev za izboljšave pri delu, s katerimi lahko odgovorimo na potrebe zdravih in bolnih. Kdo so torej odgovorni? Odgovor temelji na v Sloveniji izvedenih reprezentativnih raziskavah (Skela-Savič, 2017; Skela-Savič, et al., 2016a, 2017a, 2017b). Menedžment zdravstvene nege zdravstvenih in socialnih zavodov, menedžment visokošolskih zavodov s študijskimi programi zdravstvene nege in menedžment nacionalnega združenja v zdravstveni negi so tisti, ki morajo prevzeti odgovornost za razvoj zdravstvene nege danes in v prihodnosti.

Za premik, da se stroka razvije v profesijo, so potrebni formalno pridobljeno znanje, kompetence, sposobnosti in vrednote za razvojno delo v zdravstveni negi, ki lahko generirajo razumevanje razvojnih kompetenc in uresničevanje z dokazi podprtega dela (Skela-Savič, et al., 2017b). Menedžment zdravstvene nege mora pri zaposlenih podpreti razvoj znanj iz raziskovanja in znanj z dokazi podprte zdravstvene nege (Skela-Savič, et al., 2016a). S tem bo presežena miselnost, ki smo jo prepoznali v kvalitativnih skupinskih intervjujih strokovnjakov zdravstvene nege, npr. opredeljevanje raziskovanja in razvoja kot priložnostnih aktivnosti medicinskih sester, nizko lastno zavedanje in nizek interes za pridobivanje znanj za vzpostavitev raziskovanja in razvoja, nizko spoštovanje znanja o raziskovanju (Skela-Savič, 2017).

Menedžerji v zdravstvu (mednje sodijo tudi vodilni v zdravstveni negi) morajo dandanes imeti na podiplomskih izobraževanjih pridobljene sposobnosti za upravljanje in vodenje ter znanja in kompetence za naslednja področja: komunikacija in gradnja odnosov, znanje o zdravstvu in okolju, sodobni pristopi v vodenju, izgradnja profesionalizma na vseh ravneh, učinkovito upravljanje sistema, razvoj znanj in sposobnosti pri zaposlenih za ustrezen odziv na potrebe okolja, demografski trendi, javnozdravstveni problemi, izgradnja vrednot, ki podpirajo z dokazi podprto delo, odgovornost, kakovost in varnost,

medsektorsko povezovanje, udejanjanje politike nenehnega spremljanja in izboljševanja kakovosti ter udejanjanje načel kakovosti, uvajanje informacijske tehnologije v zdravstvu tudi z vidika izboljševanja procesov dela in aktivne vključenosti uporabnikov storitev (American College of Healthcare Executives, 2014; Skela-Savič, 2016b). Ameriško združenje izvršnih direktorjev v zdravstveni negi (American College of Healthcare Executives, 2014) pravi, da mora biti specializacija iz menedžmenta zdravstvene nege obvezna za prevzem vodilnih delovnih nalog, vendar v Sloveniji teh pogojev nimamo. Zato je lažje razumeti tudi nekatera spoznanja raziskav, ki kažejo na uspešnost profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji. Skela-Savič in sodelavci (2016a) ugotavljajo, da mora menedžment prispevati jasno razvojno vizijo raziskovanja in z dokazi podprto delo v zdravstveni negi, ki je umeščena v delovanje celotne bolnišnice. V ta namen morajo razvijati vodilne medicinske sestre/zdravstvenike, katerih naloga je oblikovanje kulture raziskovanja in z dokazi podprtega dela v kliničnih okoljih.

Zamisli se je treba tudi nad uveljavljeno prakso v Sloveniji, da ko visokošolsko izobražena medicinska sestra/zdravstvenik postane glavna medicinska sestra/zdravstvenik, izgubi stik z neposrednim delom pri pacientu. Ali je to v korist razvoja profesije? Naj to primerjamo z zdravniki, le-ti, ko postanejo generalni ali strokovni direktorji ali predstojniki večjih klinik, vedno ohranijo del svojega strokovnega dela v kliničnem okolju. Zato nikoli nimajo problemov, da kliničnega okolja ne bi razumeli, da ne bi bili del njega in da se po končanem mandatu ne bi vrnili v klinično okolje, iz katerega so prišli na vodilno delovno mesto. Praksa menedžmenta zdravstvene nege, da po prevzemu vodilne funkcije posameznik ne deluje več v kliničnem okolju, slabi profesionalizacijo, saj lahko pride do zavor pri ustvarjanju konkurenčne arene za vodilna in razvojna delovna mesta, zaviranja izobraževanj na drugi in tretji bolonjski stopnji in spregleda tistih, ki končajo študij na drugi ali tretji bolonjski stopnji in ne dobijo priložnosti za prenos znanj v prakso. Taka politika je lahko destruktivna in zdravstveni negi škodi. Menedžment zdravstvene nege naj ostane vključen v strokovno delo, pri tem naj uporabi orodja matične organizacijske strukture in transformacijskega vodenja zdravstvene nege, poveča naj pooblaščenje vodilnih na nižjih nivojih vodenja.

### *Znanje in kompetence v zdravstveni negi*

Raziskave (Skela-Savič, et al., 2016b, 2016c, 2017a) zelo jasno pokažejo, da imamo v slovenski zdravstveni negi probleme v temeljih razumevanja in uresničevanja prve faze profesionalizacije, torej pri »oblikovanju profesije«, kot je fazo poimenovala Watkins (2011), saj imamo težave pri razumevanju kompetenc v zdravstveni negi glede na ravni izobraževanja za

poklic. Res je, da se kompetence srednješolske ravni izobraževanja ne podvajajo na visokošolskem izobraževanju iz zdravstvene nege, realnost v praksi pa je popolnoma drugačna. Kompetenc za specialistično delo in za napredne oblike dela v kliničnih okoljih po zgledu evropskega združenja v zdravstveni negi (EFN Workforce Committee, 2014) v Sloveniji namreč še ni.

Tudi raziskave (Skela-Savič, et al., 2016b, 2016c, 2017a) v okviru dvoletnega projekta opozarjajo na številne probleme, od tega, da med srednjimi šolami in visokošolskimi zavodi prihaja do razhajanj in nezaupanja glede izobraževanja, do tega, da je še vedno prisotna miselnost, da je za vstop v visokošolsko izobraževanje potrebna srednješolska izobrazba zdravstvene smeri, kljub temu da evropska direktiva (Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013) jasno opisuje pogoje za vstop v izobraževanje, to je zaključeno dvanajstletno splošno izobraževanje. Takšna stališča onemogočajo razvoj univerzitetnih (UN) študijskih programov za pridobitev strokovnega naslova diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik (UN), h katerim so pristopile vse evropske države in tudi večina držav bivše Jugoslavije. Univerzitetno izobraževanje, ki bi trajalo štiri leta, bi diplomante bolj opremilo z znanji za razumevanje in uresničevanje profesionalizacije zdravstvene nege.

Potrebna je tudi prenova kontinuiranega profesionalnega izobraževanja, ki je pogoj za pridobitev licence. Vemo, da se visokošolsko izobražene medicinske sestre/zdravstveniki zelo malo izobražujejo iz aplikativnega raziskovanja, razvojnega dela in z dokazi podprtega dela (Skela-Savič, et al., 2016a). V obveznem izobraževanju za licence je potrebna nadgradnja vsebin, kot je razumevanje etike ne samo v dimenziji odgovornosti do pacienta in varovanja, temveč tudi v dimenziji odgovornosti za razvoj stroke – takšna bi zdravstvena nega namreč morala biti, pa žal ni. Del vsebin obveznega izobraževanja mora postati tudi z dokazi podprta zdravstvena nega.

### *Potrebe pacientov in kadrovske normativi*

Razmisliti je treba, kakšno bi moralo biti naše znanje glede na potrebe, ki jih imajo pacienti danes, in kakšni bi morali biti kadrovske normativi, da bi bilo delo s pacientom humano in na sprejemljivi ravni kakovosti in varnosti. Visokošolski sistem že 10 let izobražuje magistrice in magistre zdravstvene nege, pa delovna mesta za napredne oblike dela v zdravstvenih zavodih še danes niso sistematizirana, potrebe po njih pa so. Lep primer so referenčne ambulate družinske medicine (RADM). Visokošolsko izobražene medicinske sestre/zdravstveniki, ki delajo v RADM, imajo podiplomsko izobraževanje, ki so ga pripravili zdravniki družinske medicine. Toda to podiplomsko izobraževanje ni akreditirano in jim ne prinese dviga stopnje izobrazbe. Usmeritev Mednarodnega sveta medicinskih sester

(International Council of Nurses – ICN) pa je, da je za napredne oblike dela potreben strokovni magisterij. Ko danes prebiramo rezultate dela diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov v RADM, ki jih v člankih objavljajo specialisti družinske medicine, in to v mednarodnih in domačih revijah, je soavtorstvo diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov prisotno le izjemoma, njihovo delo pa je opisano kot *advance nurse practitioner*. Tako v člankih, realno pa za zasedbo delovnega mesta strokovni magisterij ni pogoj. Še več, redki so zdravstveni domovi, ki diplomirane medicinske sestre/zdravstvenike v RADM podprejo pri magistrskem študiju zdravstvene nege ali promocije zdravlja.

Z dokazi podprto je treba povedati, da potrebujemo več visokošolsko izobraženega kadra. V okviru procesa razvoja profesije bi danes medicinske sestre/zdravstveniki morali stavkati kot enovito poklicno telo in to za dvig kadrovskih normativov, za upoštevanje evropskih direktiv in praksi in dvig stopnje izobrazbe v zdravstveni negi, saj navedeno pomeni manj zapletov v zdravstveni obravnavi, vsak zaplet pa ima svojo ceno. Za takšno držo imamo dovolj dokazov. Zadnja raziskava Aiken in sodelavcev (2017) kaže, da če v timu zdravstvene nege, ki skrbi za 25 kirurških pacientov in ga sestavljajo štiri visokošolsko izobražene medicinske sestre/zdravstveniki in dva manj izobražena izvajalca zdravstvene nege, nadomestimo eno visokošolsko medicinsko sestro/zdravstvenika z manj izobraženim izvajalcem zdravstvene nege, verjetnost za smrtnost pacientov povečamo kar za 21 %. Raziskava je potekala v Belgiji, Angliji, Španiji, Švici in na Finskem. Koliko visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov na 25 kirurških pacientov pa imamo mi? Po takšnem premisleku ne bomo več izjavljali, da medicinske sestre/zdravstveniki ne bodo nikoli stavkali, ampak bomo rekli, da medicinske sestre/zdravstveniki morajo stavkati, ker s tem zavzamemo pravilno etično držo za izvajanje kakovostne in varne zdravstvene nege. Stavka bi paciente opozorila, da bi zanje lahko bolje skrbeli, če bi imeli vzpostavljene mednarodno primerljive pogoje in take standarde dela, kot jih zahtevajo tudi zdravniki.

Slovenija je na repu držav Evropske unije (EU) po deležu visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov (OECD, 2013). Zato ni dovolj, da le redki predstavniki visokošolskega prostora opozarjajo na dejstvo, da država Slovenija sicer izobražuje po evropski direktivi za regulirane poklice, da pa izključno za področje zdravstvene nege zapisanega ne prevede v kadrovske normative, medtem ko to upošteva pri zdravnikih, zobozdravnikih, babicah, farmacevtih, veterinarjih in arhitektih. Dejstvo po 90 letih delovanja je, da diplomirane medicinske sestre/zdravstveniki niso večinski izvajalci zdravstvene nege v kliničnih okoljih. Največji del zdravstvene nege izvajajo srednješolsko izobraženi tehniki/-ice zdravstvene nege, ki pa za izveden obseg in zahtevnost

dela nimajo ustrezne stopnje izobrazbe in poklicnih kompetenc. Situacija je namreč taka, da menedžment zdravstvene nege tehnike/-ice zdravstvene nege sili v dnevno preseganje poklicnih kompetenc (Skela-Savič, et al., 2016c), saj ne zaposli dovolj diplomiranih medicinskih sester/zdravstvenikov. Odgovornost za takšno situacijo lahko razberemo iz raziskovalnega poročila Skele-Savič in sodelavcev (2017a), saj smo si stanje preseganja kompetenc tehnikov/-ic zdravstvene nege zaradi pomanjkanja visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov, ustvarili znotraj stroke sami. Postavi se raziskovalno vprašanje, kaj bi pokazala raziskava Aiken in sodelavcev (2017), če bi jo izvedli v Sloveniji?

Albreht (2005) jasno napoveduje potrebo po povečanju izobraževanja na visokošolski ravni, kjer upošteva le demografske podatke o populaciji visokošolsko izobraženih medicinskih sester in ne potreb pacientov. Menedžment zdravstvene nege in visokošolski menedžment ter Zbornica – Zveza v trenutkih vstopa v EU in pri implementaciji evropske direktive za regulirane poklice niso bili dovolj uspešni, da bi na osnovi spoznanj tujih raziskav pojasnili, da je ob vstopu v EU treba povečati obseg izobraževanja na visokošolski ravni in zmanjšati obseg izobraževanja na srednješolski ravni, saj je že takrat bila očitna brezposelnost tehnikov/-ic zdravstvene nege. Še več, po vstopu v EU je prišlo do razhajanj med skupinama srednješolsko in visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov, ki jih čutimo še danes. Le-ta ovirajo razvoj zdravstvene nege kot profesije in še danes se ukvarjamo izključno s peto in sedmo ravno izobraževanja glede na slovensko ogrodje kvalifikacij, potrebe pacientov pa so takšne, da v kliničnem delu potrebujemo specialiste/-ke, magistre/-ice in doktorje/-ice zdravstvene nege. Danes v Sloveniji ni problem pomanjkanja visokošolsko izobraženih medicinskih sester/zdravstvenikov, temveč premajhno število sistematiziranih delovnih mest za visokošolsko izobražene medicinske sestre/zdravstvenike. Potrebna je sistematizacija štirih kategorij izvajalcev (EFN Workforce Committee, 2014), ki imajo jasno opredeljene kompetence.

### *Strokovni naslov po zaključenem formalnem izobraževanju*

Težave pri profesionalizaciji zdravstvene nege v Sloveniji se kažejo tudi v strokovnem naslovu za poklic. Projekt Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina (Skela-Savič, et al., 2016c) pokaže, da izobrazbeni naslov negovalec/negovalka nima statusa in se ga šteje kot manj vredno in neprimerno poimenovanje za izvajalce zdravstvene nege. Tudi prepoznavanje novih področij delovanja, kot je dolgotrajna oskrba, ni sprejeto s strani predstavnikov srednješolskega sektorja. O visokošolskem strokovnem naslovu, ki bi jasno poimenoval vsebino dela pri opravljanju tega poklica,

razprave potekajo že od leta 2007. V zadnjih desetih letih je Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego (RSKZN) že dvakrat potrdil spremembo strokovnega naslova, nazadnje leta 2014, ko je bil sprejet strokovni naslov diplomirana zdravstvenica/zdravstvenik, ki je blaga oblika preimenovanja, saj je le-ta za moški spol v uporabi že od leta 2004 naprej. Do realizacije predloga na strani Ministrstva za zdravje, ki mora predlog RSKZN umestiti v seznam poklicev v zdravstvu, še ni prišlo.

Ob razpravah o spremembi strokovnega naslova je bilo in je še veliko nasprotovanj, tudi z utemeljevanjem, da je naslov medicinska sestra v Sloveniji sprejet in da ga ni treba spreminjati. To kaže na nerazumevanje profesionalizacije. Nenazadnje si je že Angela Boškin pridobila strokovni naslov skrbstvena sestra in ne medicinska sestra. V fazi profesionalizacije mora stroka preiščevati tudi o tem, ali je strokovni naslov poklica ustrezen za rabo danes in v prihodnosti. Že desetletja nazaj so se medicinske šole preimenovala v zdravstvene šole, naslov poklica pa za žensko poimenovanje še vedno v sebi nosi »medicino«. Kakorkoli iščemo dokaze za razumevanje, zakaj spremembe strokovnega naslova ni mogoče izvesti, lahko zaključimo, da negovanje kot osrednja esenca profesije še ni raziskano dovolj, da bi prestalo profesionalno presojo znotraj in izven zdravstvene nege, da gre tudi pri negovanju za znanost. To je ključni problem zdravstvene nege kot znanstvene discipline, če le-to primerjamo z medicino. Potrebni sta izoblikovanje in primerjava teorije in prakse zdravstvene nege. Treba je prenehati z diskurzom teoretičnega znanja v šoli in praktičnega znanja v kliničnem okolju.

Carvalho (2014) ugotavlja, da profesije v zdravstvu med seboj najbolj loči znanje, pridobljeno z raziskovalnim delom. Nekatere medicinske sestre/zdravstveniki to novo znanje zaznavajo kot odmik od negovanja in podpirajo lokalni kontekst znanja v praksi. Horton in sodelavci (2007) pravijo, da zdravstvena nega zgodovinsko gledano vključuje temeljne naloge negovanja in pomoči bolnim in svojcem. Profesija se tako nahaja med izvajanjem nege in skrbi, ki so jo zgodovinsko izvajale manj izobražene ali priučene »sestre«, in negovanjem kot znanostjo, ki jo izvajajo oz. bi jo morale izvajati visokošolsko in akademsko izobražene medicinske sestre/zdravstveniki. Zakaj se ne strinjamo s predlogom diplomirana zdravstvena negovalka/negovalec, če se stroka imenuje zdravstvena nega?

### *Izzivi za prihodnost*

Z večletnim raziskovalnim delom smo na strateški ravni opredelili nacionalno odgovornost za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline in kazalnike uresničevanja nacionalne odgovornosti (Skela-Savič, 2017), kar je objavljeno v tej številki Obzornika zdravstvene nege. Uresničevanje nacionalne

odgovornosti za doseganje napredka v profesionalizaciji zdravstvene nege je ključnega pomena in mora postati prioriteta v nacionalni strategiji razvoja zdravstvene nege v Sloveniji. Opredeljeno nacionalno odgovornost lahko uresniči odgovoren menedžment, ki ima znanja in sposobnosti za prepoznavanje resursov in priložnosti za doseganje kazalnikov uresničevanja nacionalne odgovornosti. Cilj je profesionalizacija zdravstvene nege za kakovostno, varno in učinkovito zdravstveno obravnavo. Orodja za doseganje cilja so sistematično raziskovanje, strokovna presoja, razvoj kritičnega razmišljanja in odločanje na osnovi dokazov.

Prizadevanja in uveljavljanje raziskovalnega dela v zdravstveni negi se lahko uresničijo le skozi nacionalni inštitut za raziskave v zdravstveni negi, katerega ustanoviteljica naj bo Zbornica – Zveza. Čakanje, da bi zdravstveno nego pri tem podprle druge institucije, glede na stanje zdravstvene politike v Sloveniji namreč ni smiselno. Inštitut naj se financira iz članarin članov Zbornice – Zveze in iz prijav na razpise. Skozi tak nacionalni raziskovalni inštitut bo dosežen »z dokazi podprt« vpliv na politiko, čemur v prihodnosti, ko bo inštitut znanstveno uveljavljen, lahko sledi tudi pridobitev javnih sredstev za delovanje inštituta. Inštitut naj sledi povedanemu v omenjeni raziskavi: »Središče razvojno-raziskovalnega dela naj bo pacient« (Skela-Savič, 2017).

Stanovska organizacija praznuje 90 let. Nacionalno strokovno združenje Zbornica – Zveza ima pred seboj poseben izziv. Oblikovati mora ambiciozno in sodobno vizijo razvoja, zapisati cilje in strategijo za doseganje le-teh. Jasna vizija razvoja, ki je družbeno odgovorna in je odziv na potrebe družbe, zahteva načrtno razdeljevanje sredstev, premislek o obstoječi organiziranosti in usmeritvi sredstev v raziskovanje in razvoj. Nujne so zahteve po transparentnem delovanju na ravni organizacije in regijskih društev. Strokovne sekcije morajo postati motor profesionalizacije, spodbujati z dokazi podprto stroko in raziskovalno delo. Na ravni nacionalne organizacije mora biti stroka ločena od politike, ker ji le nestransko delovanje omogoča z dokazi podprto delovanje ne glede na politično opcijo, ki vodi državo. Na drugi strani pa je politična aktivacija zaposlenih v zdravstveni negi zaželeno, vendar naj se le-ta izkazuje preko kandidatur za državne in lokalne volitve.

### *Zaključna misel*

Na ravni strokovnjakinje in raziskovalke v zdravstveni negi in zdravstvu želim sporočiti sledeče: za razvoj zdravstvene nege kot profesije in znanosti postaja pomembno dojetje zdravstvene nege znotraj poklicne skupine. Obstajata dve dimenziji pogleda nanjo, ki se morata »ujeti«. S tem mislim na znanstveno dimenzijo negovanja in dimenzijo reflektivne prakse nege in skrbi. Znanstvena dimenzija daje visokošolsko izobraženim medicinskim sestram/

zdravstvenikom nova znanja, ki naj jih preizkusijo v praksi. Refleksija na delo v zdravstveni negi pa naj bo raziskovalcem imperativ, da ga znanstveno preverijo in tako uvrstijo ali na področje znanja o negovanju ali nasprotno v polje z dokazi nepodprtega delovanja. Pri tem mora vsaka diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik imeti znanja, da lahko razvije sposobnost razumevanja pomena raziskav, rezultat katerih so znanstvena spoznanja, zato naj podpira razvojno delo v zdravstveni negi in naj prispeva pri soočenju dokazov in spoznanj iz prakse. Tako bo zdravstvena nega ohranila vrednote, ki so jo skozi zgodovino oblikovale v odnosu do zdravega in bolnega človeka, in dodala vrednote znanstvenega spoznanja o negovanju, strokovnega razvoja in z dokazi podprtega dela. Le-to je dober kompromis, da se teorija in praksa zlijeta v eno. Preplet teh dveh dimenzij bo zdravstveno nego potrdil kot profesijo in znanstveno disciplino, ki »neguje« na osnovi znanstvenih spoznanj. Če tega koraka v profesionalizaciji visokošolsko izobražene medicinske sestre/zdravstveniki ne bodo naredili, bo zdravstvena nega postala obrobna podporna služba zdravstvenega sistema, ki se bo izgubila v množici tistih, ki bodo v vse bolj naraščajočih potrebah po zdravju in obravnavi bolezni, izrabili priložnost postati zagovorniki potreb sodobnega zdravega in bolnega človeka. Zato nimamo časa za neplodne prepire in očitke o pretirani ambicioznosti posameznikov, ki predlagajo spremembe, temveč je treba stopiti skupaj in na znanstveni ravni utemeljiti naše delo, tj. negovanje, kot sta na takratni ravni zahtevnosti in razumevanja stroke to znali že naši predhodnici Florence Nightingale in Angela Boškin.

## Literature/Literatura

Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M., et al., 2017. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), pp. 559–568.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>

PMid:28626086; PMCID:PMC5477662

Albrecht, T., 2005. *Analiza preskrbljenosti z medicinskimi sestrami ter ovrednotenje stopenjskih ukrepov in projekcij do leta 2033*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

American College of Healthcare Executives, 2014. *ACHE Healthcare executive competencies assessment tool*. Chicago: Healthcare Leadership Alliance, American College of Healthcare Executives.

Carvalho, T., 2014. Changing connections between professionalism and managerialism: a case study of nursing in Portugal. *Journal of Professions and Organization*, 1(2), pp. 176–190.

<https://doi.org/10.1093/jpo/jou004>

Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. Official Journal of the European Union, L354/132. Available at:

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [2. 12. 2015].

EFN Workforce Committee, 2014. *EFN Matrix on the 4 Categories of the Nursing Care Continuum*. Brussels: EFN Workforce Committee.

Horton, K., Tschudin, V. & Forget, A., 2007. The value of nursing: a literature review. *Nursing Ethics*, 14(6), pp. 716–740.

<https://doi.org/10.1177/0969733007082112>

PMid:17901183

OECD, 2013. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)

Skela-Savič, B., 2016a. Professionalism in nursing: what is its current level in Slovenia? *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 4–9.

<https://dx.doi.org/10.14528/snr.2016.50.1.94>

Skela-Savič, B., 2016b. Razvoj zaposlenih in razvoj celovite kakovosti kot sistemski dimenziji učinkovite zdravstvene obravnave. In: M. Bahun & B. Pavlenč, eds. *10 let vodenja kakovosti v slovenskem zdravstvu : izkušnje, dobre prakse, ovire : zbornik prispevkov*. Jesenice: Splošna bolnišnica, pp. 16–26.

Skela-Savič, B., 2017. Development of nursing professionalization elements in Slovenia: the group interview technique. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 274–297.

<https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.199>

Skela-Savič, B., Babnik, K., Trunk Širca, N., Pajnikihar, M., Klemenčič, E., Gabrovec, B., et al., 2017a. *Zaključno poročilo ciljno raziskovalni projekt: "Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju"*: zaključno poročilo ciljno raziskovalnega projekta (CRP). Jesenice, etc.: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, etc., pp. 1–226.

Skela-Savič, B., Hvalič-Touzery, S. & Pesjak, K., 2017b. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of advanced nursing*, 73(1), pp. 1910–1923.

<https://doi.org/10.1111/jan.13280>

PMid:28205259

Skela-Savič, B., Pesjak, K. & Lobe, B., 2016a. Evidence-based practice among nurses in Slovenian hospitals: a national survey. *International nursing review*, 63(1), pp. 122–131.

<https://doi.org/10.1111/inr.12233>

PMid:26748610

Skela-Savič, B., Pesjak, K., Hvalič Touzery, S. & Dermol, V., 2016b. *Predstavitev rezultatov raziskave DP 2.1: Razumevanje potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi – vidik izvajalcev izobraževanja in delodajalcev*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 1–36.

Skela-Savič, B., Pivač, S., Hvalič Touzery, S., Čuk, V., Kalender Smajlovič, S., Smodiš, M., et al., 2016c. *Prenova srednješolskega modela izobraževanja in razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi: tehnika skupinskega konsenza : rezultati raziskave DP 3 in DP 4 projekta "Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina" (CRP, 2015–2017)*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 1–33.

Watkins, D., 2011. The influence of master's education on the professional lives of British and German nurses and the further professionalization of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), pp. 2605–2614.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05698.x>  
PMid:21615461

---

*Cite as/Citirajte kot:*

Skela-Savič, B., 2017. Professionalization of nursing in Slovenia: challenges and responsibilities for nurses with a higher education degree. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 264–273. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.202>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

## Development of nursing professionalization elements in Slovenia: the group interview technique

Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev

Brigita Skela-Savič

**Key words:** management; competencies; research; science; systematization

**Ključne besede:** menedžment; kompetence; raziskovanje; znanost; sistemizacija

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

Correspondence e-mail/  
Kontaktirni e-naslov:  
bskelasavic@fzab.si

The article is partially based on the results of a research project *Nursing as a scientific discipline in Slovenia: an internationally comparable secondary and tertiary education system in nursing care as the foundation of research and scientific contribution to the sustainable development of society.* Članek je nastal na podlagi dela rezultatov raziskovalnega projekta *Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju.*

Received/Prejeto: 14. 10. 2017  
Accepted/Sprejeto: 17. 11. 2017

### ABSTRACT

**Introduction:** An occupation becomes a profession once it uses a systematic approach to generate new knowledge and transfer it directly into professional work. The aim of this paper is to show the attitudes of nursing care professionals towards the professionalization of nursing care and make a contribution by means of identifying the factors that are important for the development of the professionalization of nursing in Slovenia.

**Methods:** The group interview technique was used with two rounds. Participants responded to 15 open premises/questions. Purposive sampling was used and groups were comprised of professionals from all levels of clinical environments, secondary and higher education teachers and master's and doctoral degree students ( $n = 48$ ).

**Results:** The results of the first round produced 3 themes, while the second round generated findings related to 4 themes. The synthesis of the findings from both rounds resulted in two overarching themes. The first is "National responsibility" which includes the responsibility of the nursing care management and the management of higher education institutions as well as the responsibility of the Nurses and Midwives Association of Slovenia for developing nursing care as a scientific discipline. The second theme is "National indicators for the realization of national responsibility" which includes (1) Classification of jobs in nursing care to reflect the 4 levels of nursing care competencies, (2) research and development as work tools in nursing care, and (3) the national institute for nursing care research.

**Discussion and conclusion:** The responsibility for the development of professionalization lies with several sectors. A clear and ambitious vision, and a strategy for the development of nursing care that should include responsibility for setting a new paradigm for the development of nursing care as a response to the needs of the society, occupation and science, are needed. The strategy should be supported by means of a planned distribution of means to facilitate its realisation.

### IZVLEČEK

**Uvod:** Stroka postane profesija, kadar s sistematičnim pristopom ustvarja novo znanje in ga prenaša v neposredno delo. Namen raziskave je bil preveriti stališča in razumevanje nekaterih elementov profesionalizacije med strokovnjaki ter prispevati k prepoznavanju dejavnikov pomembnih za razvoj profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji.

**Metode:** Uporabljena je bila tehnika skupinskega intervjuja. V dveh sekvencah so bili izvedeni štiri skupinski intervjuji, oblikovanih je bilo 15 odprtih izhodišč/vprašanj. Uporabljen je bil sistematični namenski vzorec, skupine so sestavljali strokovnjaki iz kliničnih okolij vseh ravni, učitelji srednješolskega in visokošolskega izobraževanja in študenti magistrskega in doktorskega študija ( $n = 48$ ).

**Rezultati:** Rezultati prve sekvence dajo tri tematske ugotovitve, rezultati druge sekvence nadaljnje štiri. Sinteza spoznanj obeh sekvenc je podala dve nadtemi. Prva je *nacionalna odgovornost*, le-ta vključuje odgovornost menedžmenta zdravstvene nege, visokošolskih zavodov in Zbornice – Zveze za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. Druga nadtema so *nacionalni kazalniki uresničevanja nacionalne odgovornosti*, le-ti vključujejo (1) sistemizacijo delovnih mest za štiri ravni kompetenc, (2) raziskovanje in razvoj kot orodje dela in (3) nacionalni inštitut za raziskave v zdravstveni negi.

**Diskusija in zaključek:** Odgovornosti za razvoj profesionalizacije so medsektorske. Potrebni sta jasna in ambiciozna vizija ter strategija razvoja zdravstvene nege, ki naj vključuje odgovornost za postavitev nove paradigme razvoja zdravstvene nege, ki bo odziv na potrebe družbe, stroke in znanosti. Strategija naj bo podprta z načrtno razdelitvijo sredstev za njeno uresničevanje.



## Introduction

Many of those in Slovenia who are involved in the research and development of nursing feel that the professionalization of nursing has been developing too slowly. Therefore, the issue is how well do we understand the concepts related to professionalization and the related factors? Carvalho (2014) states that nursing is often referred to as a 'half profession' or a 'virtual' profession in the discourse related to the professionalization of healthcare occupations.

### Definitions

The concept of professionalization is an issue in many occupational groups and has a long history and social context. Consequently, several interpretations and definitions of this concept developed related to different use and needs (Demirkasimoğlu, 2010). An often-cited definition of professionalization states that professionalization is a social process that involves an institutionalised manner of preparing individuals for conducting professional tasks. During the process of professionalization, norms and qualifications for the representatives of the profession are established, and there is also responsibility for obtaining and transferring knowledge, certifying competencies, looking after relations among the members of the profession on the inside and on the outside (Wilensky & Harold, 1994). The Slovenian author Svetlik (1999) thinks that the process of professionalization of a certain occupation depends on several factors such as the area of work, the reasons for work, the resources that an occupation has available, as well as self-awareness and self-regulation of the occupation. That is why professionalization of various professions also differs amongst each other themselves.

### Defining professionalization and professionalism in nursing

Many researchers have studied the professionalism of nursing through the years, so there are many definitions and descriptions of characteristics (Adams & Mikker, 2001; Manojlovich & Ketefian, 2002) and researchers use different methods and tools for evaluating it (Ghadirian, et al., 2014).

Professionalization is a multi-dimensional concept that ensures nurses develop personally and professionally. This process requires knowledge, skills, development of the characteristics of a professional identity related to a particular profession and internationalization of the values and norms of the professional group (Alidina, 2013). Professionalism is assessed according to individual characteristics and behaviour, relations with other individuals and the context of operation, as well as social dimensions such as social responsibility, morals, and political and economic responsibility. In addition,

professionalism also includes following standards and competencies (Keeling & Templeman, 2013; Fantahun, et al., 2014). The concept of professionalism itself demonstrates dedication to the profession, so nurses are expected to educate themselves, publish their research, improve the practical and theoretical concepts of nursing and work independently (Çelik & Hisar, 2012). Their own professional perception and understanding of the concept of nursing, as well as their implementation in the social context, are of the utmost importance. Both their own professional perception and the understanding of the significance of nursing, affect the development and growth of nursing as a scientific discipline (Viitanen, 2007).

Watkins (2011) describes professionalism as a concept by means of three variables. The first one is *the formation of profession*, that involves a professional group, defined knowledge of the area of operation, established self-regulation and a continuing development of professional knowledge and skills for continuous improvement of the quality of work. The second variable of professionalism is *recognition of profession*, that includes core components such as knowledge, independence, responsibility of a professional judgement and their joined effect on the effectiveness of clinical work. The third variable is *success of the profession*, that can only be achieved by means of formal education and must include knowledge obtained by systematic research and professional review that is formed through critical thinking and decisions based on evidence. Watkins (2011) states that education on the master's level is a key element that uses the findings of research studies on professionalization in order to reach it. The reason for this is that research increases trust in graduates' own work, so that it is meaningful: the abilities of graduates to make decisions and their other cognitive abilities contribute to the implementation of evidence-based practice, thus achieving professionalism. Carvalho (2014) has found that professions in healthcare differ the most in terms of research-obtained knowledge. However, some nurses understand new knowledge as moving away from nursing care and support the local context of knowledge in practice.

### Researching professionalization in Slovenia

Professionalization of nursing has been researched by Slovenian authors in original scientific works such as a dissertation, scientific or professional monograph or original scientific article (Pahor, 1998; Cvetek, 1999; Starc; Starc, 2009, 2016). An important contribution to understanding the professionalization of nursing in Slovenia is the scientific monograph *Medicinske sestre in univerza* (Pahor, 2006) ('Nurses and the University' transl.) in which the author summarises and reflects on the development of nursing education since 1990, thus demonstrating an important part of

professionalization that, according to Watkins (2011), belongs to *forming the profession*. An important contribution to understanding the professionalization is a monograph by Starc (2014) that finds three main characteristics of nursing professionalization in Slovenia, which are knowledge, power and ethics. In a quantitative analysis, Starc defines the concept of professionalization as nursing independence, which participants understand as knowledge, education, training, competencies and life-long learning.

The research conducted by Skela-Savič and colleagues (2016a; 2017a) focuses on professionalization from the aspect of professional values, competencies and evidence-based practice. The research has shown that the established values in nursing can only be understood as (1) values of nursing care, trust and fairness, and (2) values of development, professionalism and activism. The research has shown that the values of development, professionalism and activism are less important, which explains the success of the implementation of evidence-based practice. Nurses with a higher education degree in Slovenian hospitals understand competencies as "expected competencies for practical work" and as "competencies of development and professionalism". Knowledge and beliefs of evidence-based practice are present, but those included in the study are not convinced that they know evidence-based work well enough to incorporate it in practice. That is why evidence-based practice is rarely conducted. The causal non-experimental model shows that the beliefs and implementation of evidence-based practice may be explained by (1) values of development, professionalism and activism, (2) competencies of development and professionalism, (3) knowledge of research work, (4) knowledge of evidence-based practice, (5) education or training on evidence-based practice and (6) access to databases.

### *Aims and objectives*

The purpose of the study was to verify the attitudes and understanding of certain elements of professionalization among experts of nursing in Slovenia. The aim of the study was to make a contribution towards recognising the factors that are important for the development of the professionalization of nursing care and that can contribute to the strategic planning of its development.

The research question:

- Which strategic factors are necessary in order to develop elements of professionalization in nursing in Slovenia, in the areas of education, professional competencies, and research related to the development of the occupation and nursing science?

### **Methods**

A quantitative research paradigm was used and data was collected using a group interview technique and

processed using a thematic analysis method, which is one of the approaches of analysing the content of a text (Gomm, 2008). A group interview is used when we wish to obtain data for strategic planning, whereby we are interested in opinions and answers to pre-prepared open questions. The group interview might be more successful if the participants know each other as the interaction between them and the host improves. The discussion is managed by the host who knows the topic of the discussion well (Kumar, 2011). Since the participants of the group interview also know the topic, Green and Thorogood (2004) refer to such a group as a natural group – a researcher can detect cultural dynamics on topics of interest and responses from practice, which forms the course of the group interviews and data processing.

### *Description of the research instrument*

A group interview was conducted in two rounds. The first one, entitled "Development of a competence model for all levels of education in nursing", was conducted in October 2016, while the second round, entitled "The national model of development and consolidating nursing as a scientific discipline", was conducted in March 2017. Seven days before both meetings, the participants were sent questions/premises. The first round contained 5, while the second round was composed of 10 open questions/premises.

A sample of open questions from the first round:

- What is your attitude towards accepting the competence model in nursing for Slovenia?
- What kind of changes do you propose with reference to updating the standard of secondary education in nursing?
- What is your opinion about the aim of achieving a high level of organisation across all levels of nursing education, to enhance the sustainability of the healthcare system?

An example of open questions from the second round:

- What do you see as the key problem that should be solved, so that nursing could develop as a scientific discipline?
- What kind of knowledge do you miss at your work or the lack of what kind of knowledge hinders you in the development of the occupation that you are involved in?
- Generally, higher education teachers also work in clinical settings, which means that such a teacher has two jobs within full-time 100% employment. What would a healthcare institution gain from such cooperation and vice versa, what would the faculty gain?

On the day of the study the participants were placed in two groups in order to secure better conditions for active participation. We ensured that each group was equally comprised of the different professional groups

attending. The discussion was held simultaneously in separate rooms, according to the schedule, for five hours with two breaks, alongside an introductory presentation of the starting points for the discussion, that were related to findings of previous parts of the research project (Skela-Savič, et al., 2017b) whose part is also formed by this study. Before starting, we notified all the participants about the anonymity of the data processing and the voluntary participation in the study. The participants gave a written consent alongside the recording of the discussion. The groups of the first and second round were hosted by higher education teachers that are involved in the scientific research of nursing care in Slovenia. They had a uniform previously designed protocol of managing an interview with defined open questions. The discussion in both rounds was conducted according to the same protocol.

### *Description of the research sample*

Kumar (2011) states that the selection of the sample in a group interview is the researcher's responsibility and that they should follow the purpose, which is addressing strategic themes. It is important that the professionals who are involved know the field and cover a wide spectrum of content that is related to the field of the discussion. In order to satisfy the conditions, we used a systematic purposeful sample of professionals ( $n = 48$ ) that Green and Thorogood (2004) define as a prerequisite for obtaining representative data. The systematic feature of the sample was understood to mean ensuring an appropriate involvement of various sectors and other participants in the development of professionalization of nursing care. We included professionals from the following fields: secondary education ( $n = 8$ ) and higher education in nursing ( $n = 15$ ), healthcare institutions on all three levels of healthcare and other institutions ( $n = 17$ ), students of master's and doctoral studies programmes that work in nursing ( $n = 3$ ), and members of various professional bodies on the national level ( $n = 5$ ). Those invited had operated at various levels of responsibility, from a professional leader of a certain area to a leader on the highest level of organisational management. 42 women and 6 men participated and all the participants had at least a higher education professional study degree; 9 (19%) participants cooperated in both rounds of the study.

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

In data analysis we followed the thematic text analysis approach according to Gomm (2008), and Green and Thorogood (2004), which means that the researcher searches for common characteristics in the entire set of interview data and forms themes based on a comparison between similarities and differences

in the respondents' responses in the interviews. A researcher decides what will count as evidence in order to design themes. The final themes may also be inspired by the ideas of the researcher; most often originating from the previous research of the research problem in question. In doing so, a researcher should be capable of reflection.

Based on the described guidelines we excluded the content that was unclear and could not be understood. We put all the forms in the female grammatical gender form as there were more women in both groups. We deleted all place names, names of institutions, bodies and communication fillers. In this way we secured anonymity of the respondent. The unit of coding was an uttered thought or opinion of a respondent about a specific topic. If a speaker talked about several themes, the uttered items were coded in several individual themes. In coding, the Thematic coding technique was used (Gomm, 2008), so we formed the codes with several words in order to describe the gist of what was said, which is called open descriptive coding. This enabled us to design categories such as hypernyms of the codes also in terms of content and to therefore come up with key findings based on the interviews that we presented in the form of themes. We conducted a secondary analysis of results and added some content and terminology in accordance with the research report by Skela-Savič and colleagues (2017b). In the data analysis we followed the processing guidelines according to Green (2004), as we wished to understand the connections between the attitude, behaviour and experience of the respondents in the field of the discussed themes. We also wished to understand the phenomenon of some elements of professionalization which the respondents used in their descriptions and, as a result of the study, we aimed at forming new ideas and a theoretical construct of findings for future research. The synthesis of findings from both rounds gave us the opportunity to better define the responsibility for the development of professionalism in nursing on a strategic level, which is also the purpose of the group interview technique.

## **Results**

### *Round 1: Development of the competence model for all levels of education in healthcare*

As part of the analysis we formed 49 codes that were supported by 150 quotations by the respondents. Each quotation was used only once. From 47 codes we developed 14 hypernymic categories that form 3 final themes (Table 1), while two codes were not listed under any category. A few examples of the development of codes are presented below. The development of all codes is shown in the research report with reference to the project *Nursing as a scientific discipline* (Skela-Savič, et al., 2017b).

As an example, the code "It is necessary to define the competencies depending on the level of education" was developed with three quotations:

Quotation 14: *I think that it is time that we agree on things, that this applies to the whole of Slovenia; that we do not ask ourselves who does what and what they should not be doing; that it is clear what the competencies of those with completed secondary school education are and of those who have completed the higher education programme.*

Quotations 15: *.../ that it has been clarified what the master's study entails. And of course, the first students have now enrolled in doctorate studies. I think that all of this has not yet been clarified or defined. And now that we are here, we have the chance to talk about these things.*

Quotation 16: *I think that we have now reached the point when we need to precisely define the competencies*

*of individual contractors. Otherwise, I feel that the levels have been well designed, so I don't see any issues here.*

As another example, the code "An awareness of exceeding competencies of healthcare assistants is present" was developed considering four quotations.

Quotation 117: *We educate at level V, but what happens at the employers' is no longer our concern.*

Quotation 118: *When secondary school students attend work placement, they tell us what they have done and we worry because work placement seems not to be well designed. .../ I'm not saying that we never learnt about this. I think this is where the difference is, namely what students learn at level V and what is then happening at work when these students start it.*

Quotation 119: *Employees with secondary school qualifications exceed their competencies, which is a matter for the employer.*

Table 1: *Results of the discussion on education and competencies in nursing care (Round 1)*  
Tabela 1: *Rezultati razprave o izobraževanju in kompetencah v zdravstveni negi (sekvenca 1)*

<i>Codes/Kode</i>	<i>Categories/Kategorije</i>	<i>Themes/Teme</i>
Better involvement in the discussion on education and competencies is necessary.		
Agreement between those actively involved in education and their users is necessary.		
Fear of competencies being taken away is present.	There are differences in opinion between representatives of secondary and higher education regarding education.	
There are ongoing opposing views regarding the education in nursing care.		
Levels of education are badly connected on the system level.		
Education is not systematically organised.		
The occupation is not uniform, neither systematically nor historically.		
Secondary education is training to work in the profession, not to study.	A dilemma exists whether the vertical system in education for the development of science should include secondary education.	Social responsibility of higher education to organise education on all levels and for the argumentation of the development of nursing as a scientific discipline.
Most students come from secondary school for healthcare.		
A continuous vertical transition of secondary school students is expected.		
Training to work in the occupation should start in secondary school.		
Secondary schools promote the entire vertical system.		
The European directive assist in solving the issues in education.		
The university study programme of nursing is needed.		
The term nurse requires a higher education qualification.		
Study programmes should be comparable developments in the European Union.		
Interference of other occupations in the autonomy of education in nursing care must be stopped.		
Higher professional education programmes must be changed to university programmes.	The occupation of a nurse regulated by the European Union requires at least a higher professional study qualification.	
To enter higher education study programmes, sound general knowledge is needed.		
The higher education sector should respond to the lack of knowledge.		
	European comparability safeguards the development of nursing care.	
	Sound general knowledge is needed to study nursing care.	

<i>Codes/Kode</i>	<i>Categories/Kategorije</i>	<i>Themes/Teme</i>
The title of healthcare assistant is not acceptable.	It is expected that a healthcare assistant works independently.	<i>Systemic responsibility of the nursing management and national professional association to stop exceeding the competencies of healthcare assistants and to ensure placement of the required levels of competences in nursing into the healthcare system.</i>
Healthcare assistant is an independent worker in health care, and is more than an assistant.		
Nurses with a higher education degree have to do too much administrative work.	A nurse with a higher education degree is not accepted as a responsible healthcare worker.	
Delegation and management performed by a nurse is not accepted.		
Awareness exists that the competencies of healthcare assistants are often exceeded.	All the involved parties are aware of the fact that competencies of healthcare assistants are being exceeded in clinical environments.	
There is no exceeding of competencies in secondary schools.		
Clinical environments the competencies of healthcare assistants to be exceeded.		
Exceeding of competencies is a professional self-approval for healthcare assistants.		
Exceeding the competencies of healthcare assistants is a complex problem.		
The informing of employees is insufficient.	Nursing management has a significant responsibility for classifying the levels of competencies and stop exceeding the competencies of healthcare assistants.	
Competencies should be determined based on the level of education.		
Changes of the collective agreement, systematisation and levels of competence are needed.		
A uniform understanding of the role of a master of healthcare is necessary.		
Interests of the profession should be balanced with the interests of employers.		
Exceeding the competencies of healthcare assistants is a serious problem.		
Responsibility of the management for exceeding the competencies of healthcare assistants.		
Vertical terms caregiver.	The professional term 'caregiver' does not have good social standing.	
The term 'nurse' is traditional.		
Cooperation of several stakeholders is necessary for the development of a professional standard.	The design of secondary school programmes is poorly understood.	
Unawareness of real professional titles through the course of changes in education is present.		
No distinction between professional titles and names for the level of qualification is also present.		
The name of the occupation does not include care and welfare.	The identity of the occupation of a healthcare assistant is lacking in terms of the competencies of social care.	<i>Defining a healthcare assistant as a co-worker on the team of nursing care on all levels of healthcare system and as a key performer in healthcare and social care in the community and long-term care.</i>
The needs for social competencies of healthcare assistants are expressed.		
The open curriculum must be unified.	Secondary schools do not show that they are ready for changes in the curriculum.	
Changes on the open curriculum are not enough.		
Assistive workers should be part of the vertical system.	There is a danger of overlapping competencies of a healthcare assistant and an assistive healthcare worker.	
There is a danger of overlapping the competencies of an assistive healthcare worker and healthcare assistant.		

### *Round 2: The national model of development and consolidating nursing as a scientific discipline*

As part of text analysis we designed 20 codes that are justified with 101 quotations by respondents. Every quotation is used only once. We developed 7 hypernym categories that form 4 completed themes (Table 2). Below we present a few examples of code

development, which is shown in great detail in the research report of the project *Nursing as a scientific discipline* (Skela-Savič, et al., 2017b).

As a further example, we developed the code "The interest in research skills is questionable" in reference to four quotations:

Quotation 25: *There is 30 min allocated to nurses with a higher education degree intended for reading just like doctors.*

Table 2: Results of the discussion on the development and consolidation of healthcare as a scientific discipline (round 2)

Tabela 2: Rezultati razprave o razvoju in krepitvi zdravstvene nege kot znanstvene discipline (sekvenca 2)

Codes/Kode	Categories/Kategorije	Themes/Teme
The management must be considerate of the employees' professional qualifications.	Management of healthcare institutions is responsible for the development of nursing as a scientific discipline.	<i>The responsibility of nursing management and management of faculties for the development of a scientific discipline at the level of each institution.</i>
Research and development must be supported by a systemization of job positions.		
With institutionalised organisation of research and development there are several issues.		
Movement of employees between a higher education and healthcare institution as part of 100 % employment is necessary.		
Management does not take on sufficient responsibility for research and development.	Research groups should be organised between healthcare and higher education institutions.	
Cooperation between the higher education and healthcare institutions is necessary.		
A research entity should be established between the higher education and healthcare institutions.	The point of research is the development of the occupation and benefits for the patient.	<i>Research and development of the field as a work commitment of nurses with higher education qualifications.</i>
Professional work and research must be connected.		
The centre of the research and development work should be the patient.		
Interest in knowledge of research is questionable.	Research is seen as optional and not as a priority of nurses.	
Understanding of research and development as leisure time activities conducted by nurses.		
Nurses are not willing to do research.	Disagree on the scope and type of knowledge for development of occupation and science.	<i>Implementation of European comparable knowledge and competencies for the development of the occupation and scientific discipline in Slovenia.</i>
To build a scientific discipline, knowledge is necessary.		
There is not enough training for research and development in the workplace.		
Opinions vary on the scope of training in research and development which is necessary for the profession of a nurse.		
An opinion that knowledge of research might be necessary in quality control was expressed.	The responsibility for the national research and development institute should be taken by the National Nurses and Midwives Association.	<i>The National Research Institute as a formal connecting form for the development and research in nursing care in Slovenia.</i>
A national research institute is necessary.		
The National Research Institute should be under the auspices of the national professional association.		
The National research institute should have other development tasks.	The National Research Institute should influence the policy makers.	
An influence on the policy makers should be exerted through a National Research Institute.		

Quotation 26: *It is up to an individual how much they will then educate themselves about a certain topic and whether they will look out for additional knowledge.*

Quotation 29: *I think the main problem is that we do not know about the opportunity or wish for additional knowledge.*

Quotation 79: *The management will decide, but she also has to venerate and be aware of the knowledge that she needs.*

The code "Nurses are not prepared to conduct research" was developed with five quotations:

Quotation 3: *A lot of knowledge, experience, but they don't know how to put this into words and write it down, which is a problem.*

Quotation 8: *Because of all that, the majority of those who enrol in nursing are people who are practical and*

*who like working with people etc.*

Quotation 30: *And if you come with that idea to a clinical environment you get beaten.*

Quotation 119: *The problem lies in us as a professional group in the first place and then in our colleagues, especially doctors who won't allow us to develop. But, my personal opinion is that the problem is in our professional group, in our heads and our way of thinking. We say: "We are independent, we are autonomous," but if we take a look around at what goes on....subordination of nursing is...*

Quotation 120: *I strongly agree with my colleague and I think that the key problem is in us and in the fact that we underestimate intellectual work. That we should really identify what is necessary.*

Table 3, which shows a synthesis of content of the seven themes obtained in both rounds, points

Table 3: *Synthesis of rounds 1 and 2*  
 Tabela 3: *Sinteza tem sekvenc 1 in 2*

<i>Themes/Teme</i>	<i>Themes synthesis/Sinteza tem</i>
The responsibility of the nursing management and the management of faculties for the development of a scientific discipline on the level of each institution.	<i>NATIONAL RESPONSIBILITY – responsible for the implementation of a competence model in practice and for the development of nursing as a scientific discipline:</i> (1) <i>nursing management,</i> (2) <i>management of higher education and</i> (3) <i>the national association of nursing</i>
Social responsibility of higher education for organisation of education on all levels and for argumentation of the development of nursing as a scientific discipline.	
Implementation of European comparable knowledge and competencies for the development of the occupation and scientific discipline in Slovenia.	
Research and development of the occupation as a work commitment of nurses with a higher education degree.	<i>INDICATORS OF IMPLEMENTATION OF NATIONAL RESPONSIBILITY:</i> (1) <i>systematization of job position on four levels of competences in nursing,</i> (2) <i>research and development as a tool for working in nursing,</i> (3) <i>establishment of a national institute for research in nursing</i>
Systemic responsibility of the nursing management and the national professional association to end the exceeding competencies of healthcare assistants and introduction of levels of competences in nursing into the healthcare system.	
Defining a healthcare assistant as a co-worker on the team of nursing care on all levels of healthcare system and as a key performer in healthcare and social care in the community and long-term care.	
The National Research Institute as a formal connection for the development and research of nursing care in Slovenia.	

at factors that have, in the study, been found as important in constructing a national approach to the development of nursing as a scientific discipline in Slovenia. We have found two main themes that refer to national responsibility. The first one focuses on those responsible for the implementation of a competence model in practice and for the implementation of the development of nursing as a scientific discipline, while the second one refers to the indicators which we will use to follow the development of nursing as a scientific discipline.

## Discussion

The results of group interviews conducted in two rounds bring our attention to the seven themes and two umbrella themes. The responsibility of healthcare management and higher education institutions and the professional association that is the Nurses and Midwives Association of Slovenia is of major importance for the development of nursing as a scientific discipline. These responsibilities have been defined on the level of national responsibility for the development of professionalization of nursing in Slovenia. We have also defined three national indicators of the implementation of this national responsibility: systematization of job positions on four levels of competencies in nursing, research and development as a tool for working in nursing and the establishment of the national institute for research in nursing.

The study has shown that we will only be able to talk about the real development of nursing care as a profession and scientific discipline when the key holders of responsibility, especially the nursing management in healthcare institutions, begin with systematization of job positions for four levels of competencies in nursing care and follow the internationally comparable

conditions of qualifications for implementing competencies at a certain level. Two previous studies conducted by Skela-Savič and colleagues (2016b, 2016c) have shown that experts agree on the achieved adjustments of competencies as recommended by the European Federation of Nurses Associations – EFN, however, realistically speaking, there is no model outlining the competencies and activities of nursing care for the four levels of providers of nursing care despite the fact that a professional master's degree has been offered for ten years.

This study has shown that content and terminological implementation of the categories of providers of nursing care according to the EFN model (EFN Workforce Committee, 2014) into our education system, the system of national competencies and activities of nursing care is sensible, and its transfer into descriptions and systematization of job positions. Under the auspices of the project *Nursing as a scientific discipline*, matrix of the levels of competencies in nursing according to the model EFN (Skela-Savič, et al., 2017b) with the use of a quantitative and qualitative approach was verified. For the purposes of the article this matrix has been terminologically upgraded and conditions of qualifications were set and comparisons with the frameworks of qualifications have been made. The proposed model for Slovenia will be explained in detail in the future publications relating to this project.

The proposed competence model of the level of providers of nursing care in Slovenia:

- Level 1: an employee on the nursing team and the healthcare team – healthcare assistant (*'tehnik/tehnica zdravstvene nege'*), education – secondary vocational school for nursing (5th level of the Slovenian framework of qualifications or 4th level of the European framework of qualifications);

- Level 2: provider of nursing care on the team of nursing or healthcare team – general care nurse (*'diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra'*; *dipl. zn./dipl. m. s.*), education – higher education professional study programme nursing cycle 1 of the Bologna study programme that has been harmonised with the current European directive for regulated professions (Level 7 of the Slovenian framework of qualifications and Level 6 of the European framework of qualifications);
- Level 3: a specialist of a certain field in nursing – specialist nurse (*'diplomirani zdravstvenik/diplomirana medicinska sestra specialist/-ka'*; *dipl. zn. spec./dipl. m. s. spec.*), education – postgraduate specialist education or postgraduate education 2nd cycle Bologna study programme (Level 7–8 of the Slovenian framework of qualifications and Level 6–7 of the European framework of qualifications);
- Level 4: an expert for advanced forms of work in nursing and healthcare proceedings – Master of Nursing (*'magister/magistrica zdravstvene nege'*; *mag. zdr. nege*), Doctor of Nursing or Healthcare Sciences – Advance Nurse Practitioner, education – postgraduate education of 2nd and 3rd cycle of the Bologna study programme (Level 8–10 of the Slovenian framework of qualifications and level 7–8 of the European framework of qualifications).

In reference to the proposal of the presented competence model it should be emphasised that Level 3 and 4 cannot be reached if Level 2 has not been reached, while Level 1 is not a pre-condition to achieve Level 2, which is in accordance with the conditions to enter the education programme for a regulated profession (Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013).

The next significant step is to include all levels of competence into national human resource norms and into appropriate salary brackets. The study brings attention to the fact that developmental and research work in nursing is a tool for reaching evidence-based work. The respondents think that the implementation of research work in nursing may only eventuate through a national institute for research in nursing care whose founder is the Nurses and Midwives Association of Slovenia. The institute should be funded from membership fees and applications to tenders. The author of the article believes that waiting for other institutions to support nursing care considering the general current state of the healthcare policies in Slovenia is not sensible, but that rather the Nurses and Midwives Association of Slovenia should invest. Namely, the study has shown that a national research institute should implement an effect on healthcare policies. The following finding is that studies conducted by the new institute should be directed especially towards the needs of the patients. In this way, researchers of nursing care would contribute to forming new policies on the state level and broader,

and would be more successful in obtaining research funding, which was mentioned by Büscher and colleagues (2009) in one of the studies.

A thorough analysis of the research results shows an important emphasis on higher education management from the perspective of social responsibility for the argumentation of the development of nursing as a scientific discipline and organisation of education on all levels. This is a logical expectation as accumulation of knowledge from research is the highest at faculties since research work must be conducted in order for the faculty to offer and further develop high quality programmes, which is possible only if there is research on the occupation for which the faculty educates and, if it is connected with the occupation, also in direct contact work with the patients. It is highly significant to also involve the clinical setting into research work, which the study has confirmed by the obtained codes such as "Higher education and healthcare institutions must cooperate", "There should exist a common research entity between the higher education and healthcare institution" and "Professional and research work must be connected". More emphasis on these themes is recommended in nursing study programmes to provide better integration of research culture and paradigms of conducting research in clinical settings (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014). Our study has brought attention to the above-mentioned, especially from the perspective that in Slovenia building a research culture is challenging, as the respondents are indecisive about the type and scope of knowledge for the development of the professional field and science. There is also an issue referring to the fact that research does not belong to standard work commitments of nurses and that nurses themselves do not see it as a big enough priority.

The present state that has been found in this study will improve when the nursing management support the development of knowledge of research and knowledge of evidence-based work with their employees (Skela-Savič, et al., 2016a). In this way, despite the present belief that research and development are not compulsory nor are they a priority; motivation for developmental work will increase – the study has shown a low awareness of the needs of developmental work; interest in obtaining knowledge to conduct research and development will increase and awareness on the relevance of research for high quality work will increase. Kelly and colleagues (2013) and Loke and colleagues (2014) state that research is simply not yet a part of the professional identity of nurses, so it often happens that nurses do not apply research findings in their everyday practical work, which has also been shown by this and other studies conducted in Slovenia (Skela-Savič, et al., 2016a; Skela-Savič, et al. 2017a). The established present situation also supports the established concept of values and competencies that would support the development of nursing as the value system of the nurses' work in Slovenian hospitals



is directed especially at completing daily professional tasks rather than developmental tasks (Skela-Savič, et al., 2017). The latter can also be confirmed with an existing study when we define the issue of exceeding the level of professional competence by healthcare assistants and thus bring attention to the lack of systematised job positions for nurses with a higher education study degree who are the only ones to carry the responsibility for development tasks in nursing and that are listed as competence level 4. The International Council of Nurses (2008) states that to perform development tasks a master's degree in nursing is a requirement, however, in Slovenia these job positions have not yet been systematised. That is why the defined responsibility of nursing management in this and previous research is justified.

A review of competencies written in the European Directive (Directive 2013/EU of the European Parliament and of the Council, 2013) clearly shows that *the competence ability to analyse the quality of nursing care and consequently improvement of the professional work of nurses for general healthcare* (listed under group H in the Directive) cannot be realised if the provider does not possess the basic knowledge on research and development and if they do not work according to the evidence-based concept. The fact that research and development should be included in the regular workload of nurses with a higher education study programme degree is logically a condition for realising the listed competences and consolidates the topic "implementation of knowledge and competencies for the development of the profession and science in Slovenia comparable to the European Union". Here it should be continuously explained that levels of competence should be implemented as our research has shown that there is indecisiveness present among the participants regarding the scope and levels of education, which means that the professional public does not yet understand the levels of education well and has difficulties trying to transfer them to a real clinical setting. It is also important to be aware of the fact that in developmental work in nursing we can come across many problems such as the time intended for research, a lack of research skills, insufficient support from the management and doctors, work processes and organisational culture that do not support research (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014; Yoder, et al., 2014). As regards nurses with a higher education study programme degree in Slovenian hospitals, it can be unfortunately said that there is a lack of knowledge and education and poor accessibility to professional and scientific literature (Skela-Savič, et al., 2016a, 2017a). All these findings make us consider the compulsory training courses to obtain a licence for work and whether this content is up to date in terms of knowledge necessary for the development of nursing in Slovenia and the qualifications of the nursing management, whose research has shown

to be one of the key factors of the development of professionalization.

The research also draws attention to the discrepancies between secondary and higher education, as the expectations of secondary education, in the sense of uninterrupted vertical promotion for pupils of secondary schools for healthcare without the general school-leaving exam 'Matura', hinder ambitions of faculties to develop university study programmes of nursing. In this way the expected vertical schooling system in nursing in secondary school might be an obstacle for university education of nursing, which is also the starting point of the academic studies of nursing as this is how the majority of the providers for the professionalization of nursing obtain their professionalization.

The finding that competencies of healthcare assistants in clinical settings are regularly being exceeded on a conscious level, which formally means that clinical setting disregards the fact that education for the occupation of a healthcare assistant in the education system does not compare with the competencies of nurses with a higher education degree. Namely, on a conscious level, healthcare assistants are expected to exceed their level of competencies. Similarly, participants of the secondary sector are bothered by a nurse who delegates and controls the work of a healthcare assistant because healthcare assistants are expected to be independent, which is the next obstacle in the professionalization of nursing in Slovenia. The established exceeding of competencies draws attention to the fact that employment of nurses should increase and that those healthcare assistants whose work interferes with the competencies of nurses with a higher education degree should be given an opportunity to train further. The nursing management is responsible for exceeding the levels of competencies of healthcare assistants because they fail to employ enough staff with a higher education degree. This is irresponsible towards patients and the occupation of nursing as it was also established by a study completed this year in Belgium, England, Spain and Finland by Linde Aiken (2017). The findings of this research state very clearly that if, in the nursing team who looks after 25 surgery patients and is composed of four nurses with a higher education degree and two caregivers with lower qualifications, we replace one nurse with a caregiver with lower qualifications, the probability for a patients' death increase by as much as 21 %. Melnyk and colleagues (2012) state that research studies enable practice which is evidence-based. These studies increase the quality and reliability of healthcare treatment, improve the outcomes of the treatment and decrease the variations in the treatment and costs. That is why in Slovenia systematic research in relation to the connections between the level of education and the number of healthcare employees and the outcomes of the treatment of patients is needed on a national level.

We can conclude that in nursing professionalization there are issues also in naming the occupation in

Slovenia, as the research has shown that "Professional name of a caregiver" is generally not very respected in the society and is considered as less valued or an inappropriate name for providers of nursing care. In addition, recognising new areas of operation of healthcare assistants such as social and care competencies by the representatives of the secondary school sector has not been accepted, which puts forward challenges for nursing as an occupation and scientific discipline.

The limitations of the research relate to the selection of the paradigm as high quality research in the field of validity and reliability has several restrictions. Validity and reliability was ensured with the method of a hermeneutic circle (Mesec, 1998), as the data was obtained based on broadening the findings of previous research and sequential research was conducted. The respondents of the study were always informed with previous findings on which our questions for the group interviews were based. Therefore, in the first round the respondents were sent a report on the conducted quantitative research among secondary school students, students, healthcare employees, secondary and higher education on the competence model in nursing and the attitude towards research and development in nursing (Skela-Savič, et al., 2016b, 2016d). These results were presented orally before the beginning of the first round. In the second round the respondents were sent and orally presented the results of the first round (Skela-Savič, et al., 2016c). Our research and the developed open questions are based on a research project that was previously conducted in Slovenian hospitals on a large sample (Skela-Savič, et al., 2016a; Skela-Savič, et al., 2017b), which might be understood as legitimising the research, that is evidenced by long-term observation, triangulation of various research methods for researching nursing professionalization in Slovenia and by informing the respondents about previous findings of our research on this topic. As a final step in legitimising the validity of the conducted research we conducted a "scientific café" in 2017 to which we invited experts in nursing, higher education and research. At the meeting we presented the obtained themes of the research and discussed them with the invited guests from a strategic point of view and also from the point of view of planning the necessary changes. Green and Thorogood (2004) name this a consensual conference. It should also be noted that the author of this article is an advocate for the need for accelerated development of nursing professionalization in Slovenia and that she is also a higher education lecturer of research methods, evidence-based work and healthcare management, which may be reflected in the interpretation of the results that the author managed with a reflective stance and by informing the participants of the research with previous findings of research (Mesec, 1998) that formed the course of the group interview. For the purposes of the article, the author reviewed the obtained results for the

second time with the secondary analysis technique with an aim to achieve clarity, transparency and precision.

An inductive approach to research was used to identify some responsibilities for the development of the elements of nursing professionalization in Slovenia, which could be a challenge for researchers to verify the findings using a deductive approach to research. The research offers the basis for planning strategic guidelines for the development of nursing professionalization in the future, which was also the purpose of this study.

## Conclusion

Research with a qualitative approach brings attention to the factors that will play an important role in the development of nursing professionalization in Slovenia and its breakthrough in scientific research and placement of the level of competencies in clinical work. An occupation becomes a profession once it creates its own knowledge with a systematic approach and transfers it directly into professional work and when experts generate research problems that they resolve together with those who have the competencies for thorough scientific work. The tools of operation include systematic research, professional judgement, development of critical thinking and decision-making on the basis of evidence. That is why nurses with a higher education degree in Slovenia must be given access to knowledge for the development of values of activism and development, research skills and evidence-based work, as in this way they will have a significant influence on the development of professionalization and nursing as a scientific discipline. Healthcare managers in key positions in various sectors must be trained to understand professionalization and for their responsibility in this area. A clear and ambitious vision is needed, as well as a development strategy for nursing that should include national guidelines for life-long professional training for healthcare institutions, professional sections, regional professional associations and management at all levels of nursing. The national professional association should assume the responsibility for the presentation of the new paradigm of the development of nursing that will be a response to the needs of the society, occupation and science, and to conduct a precise allocation of financial means in order to realise it.

---

*Slovenian translation/Prevod v slovenščino*

## Uvod

V Sloveniji imajo mnogi, ki se ukvarjajo z raziskovanjem in razvojem zdravstvene nege, občutek, da se profesionalizacija zdravstvene nege razvija prepočasi. Upravičeno se postavlja vprašanje, kako

dobro razumemo pojme, povezane s profesionalizacijo, in dejavnike, ki so z njo povezani? Carvalho (2014) navaja, da se zdravstvena nega v razpravah o profesionalizaciji zdravstvenih poklicev pogosto navaja kot »polprofesija« ali »navidezna« profesija.

### *Opredelevanje pojmov*

Koncept profesionalizacije se pojasnjuje v številnih poklicnih skupinah in ima dolgo zgodovino ter družbeno-socialni kontekst. Posledično so za različno rabo in različne potrebe nastale številne interpretacije in definicije tega koncepta (Demirkasimoğlu, 2010). Zelo pogosto citirana definicija profesionalizacije pravi, da je profesionalizacija družbeni proces, ki poteka kot institucionaliziran način priprave posameznikov na opravljanje poklicno usmerjenih nalog. V procesu profesionalizacije se vzpostavljajo norme in kvalifikacije za predstavnike profesije, skrbi se za vzpostavljanje in prenašanje znanj, potrjevanje sposobnosti, urejanje odnosov med člani profesije in le-teh navzven (Wilensky & Harold, 1994). Slovenski avtor Svetlik (1999) meni, da je proces profesionalizacije določenega poklica odvisen od številnih dejavnikov, kot so področje delovanja, potrebnosti delovanja, virov, s katerimi poklic upravlja, pomembna sta tudi samozavedanje in samoregulacija poklica. Tako se poti profesionalizacije različnih profesij med seboj razlikujejo.

### *Opredelevanje profesionalizacije oz. profesionalizma v zdravstveni negi*

Skozi leta je profesionalizacijo v zdravstveni negi raziskovalo veliko raziskovalcev, nastalo je veliko definicij in opisov značilnosti (Adams & Mikker, 2001; Manojlovich & Ketefian, 2002), raziskovalci uporabljajo različne metode in orodja za oceno in evalvacijo le-te (Ghadirian, et al., 2014).

Profesionalizem je večdimenzionalni koncept, ki medicinskim sestram zagotavlja priložnosti za osebnostno in profesionalno rast. Ta proces zahteva znanje, veščine, razvoj značilnosti poklicne identitete profesije in internacionalizacijo vrednot in norm profesionalne skupine (Alidina, 2013). Profesionalizem se ocenjuje po individualnih značilnostih in obnašanju, odnosih z drugimi posamezniki in konteksti delovanja ter po socialnih dimenzijah, kot so družbena odgovornost, morala, politična in ekonomska odgovornost, profesionalizem vključuje tudi spoštovanje standardov in kompetenc (Keeling & Templeman, 2013; Fantahun, et al., 2014). Koncept profesionalizma sam po sebi pokaže na pripadnost profesiji, tako se od medicinskih sester pričakuje, da se izobražujejo, publicirajo svoje raziskave, izboljšujejo prakso in teorije zdravstvene nege ter da delujejo avtonomno (Çelik & Hisar, 2012). Pri tem je izjemnega pomena lastna poklicna percepcija in razumevanje

pomena zdravstvene nege ter umestitev obojega v socialni kontekst. Oboje, lastna poklicna percepcija in razumevanje pomena zdravstvene nege, vpliva na razvoj in rast zdravstvene nege kot znanstvene discipline (Viitanen, 2007).

Watkins (2011) profesionalizem kot koncept opiše v obliki treh spremenljivk. Prva je *oblikovanje profesije*, ki vključuje poklicno skupino, definirana znanja na področju delovanja, vzpostavljeno samoregulacijo ter kontinuiran razvoj profesionalnega znanja in veščin za nenehno izboljševanje kakovosti dela. Druga spremenljivka profesionalizma je *priznavanje profesije*, ki vključuje temeljne komponente, kot so znanje, avtonomija, odgovornost za profesionalno presojo in njihov skupni učinek na učinkovitost kliničnega dela. Tretja spremenljivka je *uspešnost profesije*, ki je lahko dosežena samo s formalnim izobraževanjem, ki mora vključevati znanje, pridobljeno s sistematičnim raziskovanjem, in strokovno presojo, ki se oblikuje z razvojem kritičnega razmišljanja in odločanja na osnovi dokazov. Watkins (2011) definira, da je izobraževanje na magistrski ravni ključni element, ki spoznanja raziskav o profesionalizaciji postavi v kontekst akcije za doseganje le-te. Pri diplomantih namreč poveča zaupanje v lastno delo, tako da le-to dobi smisel; sposobnosti diplomantov za odločanje in njihove druge kognitivne sposobnosti pa pripomorejo k uresničevanju na dokazih podprte prakse in s tem k doseganju profesionalizma. Carvalho (2014) ugotavlja, da profesije v zdravstvu med seboj najbolj loči prav znanje, pridobljeno z raziskovalnim delom. Toda nekatere medicinske sestre to novo znanje zaznavajo kot odmik od negovanja in podpirajo lokalni kontekst znanja v praksi.

### *Raziskovanje profesionalizacije v Sloveniji*

Profesionalizacijo v zdravstveni negi so na ravni izvirnega znanstvenega dela, tj. z izdelavo disertacije, objavo znanstvene ali strokovne monografije ali izvirnega znanstvenega članka, raziskovali tudi slovenski avtorji (Pahor, 1998; Cvetek, 1999; Starc, 2009, 2016). Pomemben prispevek k razumevanju profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji predstavlja znanstvena monografija Medicinske sestre in univerza (Pahor, 2006), v kateri avtorica povzema in reflektira razvoj izobraževanja v zdravstveni negi od leta 1990 naprej ter tako prikaže pomemben segment profesionalizacije, ki po Watkins (2011) sodi v *oblikovanje profesije*. Naslednji pomembni prispevek k razumevanju profesionalizacije je monografija avtorja Starca (2014), ki ugotovi tri temeljne značilnosti profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji, to so znanje, moč in etika. Koncept profesionalizacije Starc v kvalitativni analizi opredeli kot samostojnost zdravstvene nege, ki jo udeleženci raziskave razumejo kot znanje, izobrazbo, izobraževanje, kompetence in vseživljenjsko učenje.

Raziskava Skele-Savič in sodelavcev (2016a, 2017a) se osredotoča na profesionalizacijo z vidika profesionalnih vrednot, kompetenc in na dokazih podprtega dela. Raziskava pokaže, da je ugotovljene vrednote v zdravstveni negi mogoče razumeti kot (1) vrednote negovanja, zaupanja in pravičnosti ter kot (2) vrednote razvoja, profesionalizma in aktivizma. Raziskava je pokazala, da se vrednote razvoja, profesionalizma in aktivizma izkažejo kot manj pomembne, kar pomembno pojasni uspešnost implementacije na dokazih podprtega dela v praksi. Visokošolsko izobražene medicinske sestre v slovenskih bolnišnicah kompetence dojemajo kot »pričakovane kompetence za delo v praksi« in kot »kompetence razvoja in profesionalizma«. Znanja in prepričanja o na dokazih podprtem delu so prisotna, vendar vključeni v raziskavo niso prepričani, da na dokazih podprto delo poznajo dovolj dobro, da bi ga implementirali v svoje delo. Tako je implementacija na dokazih podprtega dela izjemno majhna in se izvaja le izjemoma. Vzročni neeksperimentalni model pokaže, da je prepričanja in implementacijo na dokazih podprtega dela mogoče pojasniti (1) z vrednotami razvoja, profesionalizma in aktivizma, (2) s kompetencami razvoja in profesionalizma, (3) z znanjem o raziskovanju (4) z znanjem o na dokazih podprtem delu, (5) z izobraževanjem oz. usposabljanjem o na dokazih podprtem delu in (6) z dostopom do podatkovnih baz.

### *Namen in cilji*

Namen raziskave je bil preveriti stališča in razumevanje nekaterih elementov profesionalizacije med strokovnjaki zdravstvene nege v Sloveniji. Cilj raziskave je bil prispevati k prepoznavanju dejavnikov, ki so pomembni za razvoj profesionalizacije zdravstvene nege in ki lahko pripomorejo pri strateškem načrtovanju njenega razvoja.

Raziskovalno vprašanje:

- Kateri so strateški dejavniki za razvoj elementov profesionalizacije v zdravstveni negi v Sloveniji na področju izobraževanja oz. kompetenc za poklic ter na področju raziskovanja za razvoj stroke in znanosti zdravstvene nege?

### **Metode**

Uporabili smo kvalitativno raziskovalno paradigmo, podatke smo zbirali s tehniko skupinskega intervjuja in jih obdelali po metodi tematske analize, ki je eden od pristopov analize vsebine besedila (Gomm, 2008). Skupinski intervju uporabimo, ko želimo pridobiti podatke za strateško načrtovanje; pri tem nas zanimajo mnenja in odgovori na že vnaprej pripravljena izhodiščna vprašanja. K uspešnosti skupinskega intervjuja pripomore, če se udeleženci med seboj poznajo, saj se tako poveča interakcija med

njimi in moderatorjem. Razpravo vodi moderator, ki temo razprave dobro pozna (Kumar, 2011). Ker temo poznajo tudi udeleženci skupinskega intervjuja – tako skupino Green in Thorogood (2004) poimenujeta naravna skupina – raziskovalec lahko zazna kulturno dinamiko o obravnavanih temah in odzive iz prakse, kar oblikuje tudi potek skupinskega intervjuja in obdelavo podatkov.

### *Opis instrumenta in poteka raziskave*

Skupinski intervju je potekal v dveh sekvencah, prva z naslovom »Razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi« je bila izvedena oktobra 2016, druga sekvenca »Nacionalni model razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline« marca 2017. Sedem dni pred obema srečanjema smo udeležencem poslali izhodiščna vprašanja oz. stališča. Za prvo sekvenco smo pripravili 5 in za drugo 10 odprtih izhodiščnih vprašanj oz. stališč.

Primer izhodiščnih vprašanj v prvi sekvenci:

- Kakšno je vaše stališče do sprejema kompetenčnega modela v zdravstveni negi za Slovenijo?
- Kakšne spremembe predlagate v okviru prenove poklicnega standarda srednješolskega izobraževanja v zdravstveni negi?
- Kakšno je vaše stališče do doseganja urejenosti vseh posameznih ravni izobraževanja v zdravstveni negi za pozitiven vpliv na vzdržnost zdravstvenega sistema?

Primer izhodiščnih vprašanj v drugi sekvenci:

- Kaj ocenjujete kot ključni problem, ki ga je treba rešiti, da bi se zdravstvena nega lahko razvila kot znanstvena disciplina?
- Katera znanja pogrešate pri svojem delu in vas njihov primanjkljaj ovira pri uveljavljanju stroke, ki jo vodite ali kjer delujete?
- Praksa fakultet v tujini je, da visokošolski učitelji delajo tudi v kliničnih okoljih, to pomeni, da ima tak učitelj dve zaposlitvi v okviru 100 % zaposlitve. Kaj bi zdravstveni zavod v Sloveniji pridobil od takega sodelovanja in obratno, kaj bi pridobila fakulteta?

Na dan raziskave smo udeležence zaradi omogočanja boljših pogojev za aktivno sodelovanje razvrstili v dve skupini, pri čemer smo v vsaki skupini zagotovili enakomerno zastopanost vseh področij, na katerih delujejo povabljeni strokovnjaki. Razprava je potekala po skupinah prostorsko ločeno in sočasno po načrtovanem urniku, pet polnih ur z dvema odmoroma in uvodno predstavitevjo izhodišč za razpravo, ki so bila povezana s spoznanji predhodnih delov raziskovalnega projekta (Skela-Savič, et al., 2017b), katerega del je tudi ta raziskava. Pred pričetkom dela smo sodelujoče seznanili z anonimnostjo pri obdelavi podatkov in prostovoljno vključenostjo v raziskavo. Sodelujoči so podali pisno strinjanje s snemanjem razprave. Skupine prve in druge sekvence so moderirali

visokošolski učitelji, ki se znanstveno ukvarjajo z razvojem zdravstvene nege v Sloveniji. Imeli so enoten predhodno izdelan protokol vodenja intervjuja z opredeljenimi izhodiščnimi vprašanji. Razprava je v obeh sekvencah potekala po enakem protokolu.

### Opis vzorca

Kumar (2011) pravi, da je izbor vzorca pri skupinskem intervjuju odgovornost raziskovalca, ki naj sledi namenu, to je obravnava strateških tem. Pomembno je, da vključeni strokovnjaki področje poznajo in da pokrivajo širok spekter vsebin, ki so s področjem razprave povezane. Da bi tem pogojem zadostili, smo uporabili sistematični namenski vzorec strokovnjakov ( $n = 48$ ), ki ga Green in Thorogood (2004) utemeljujeta kot pogoj za pridobivanje reprezentativnih podatkov. Sistematičnost vzorca smo razumeli predvsem z ustrezno zastopnostjo različnih sektorjev in drugih akterjev pri razvoju profesionalizacije v zdravstveni negi. Vključili smo predstavnike z naslednjih področij: srednješolsko izobraževanje ( $n = 8$ ) in visokošolsko izobraževanje v zdravstveni negi ( $n = 15$ ), zdravstveni zavodi na vseh treh nivojih zdravstva in drugi zavodi ( $n = 17$ ), študenti magistrskega in doktorskega študija, ki delajo v zdravstveni negi ( $n = 3$ ), ter člani različnih strokovnih teles na nacionalni ravni ( $n = 5$ ). Povabljeni so delovali na različnih nivojih odgovornosti, od strokovnega vodje določenega področja do vodje na najvišjem nivoju menedžmenta v organizaciji. Sodelovalo je 42 žensk in 6 moških, vsi udeleženci so imeli najmanj visokošolsko strokovno izobrazbo; 9 (19 %) udeležencev je sodelovalo v obeh sekvencah raziskave.

### Opis obdelave podatkov

Pri obdelavi podatkov smo sledili pristopu tematske analize besedila po avtorjih Gomm (2008) ter Green in Thorogood (2004). Pri tem pristopu obdelave raziskovalec išče skupne vsebine v celotnem setu podatkov intervjujev in teme oblikuje na osnovi primerjav in nasprotij v povedanem s strani intervjuvancev. Raziskovalec se odloči, kaj bo štel kot dokaz za oblikovanje tem. Končne teme so lahko inspirirane tudi z idejami raziskovalca, ki najpogosteje izhajajo iz predhodnega raziskovalnega dela obravnavanega raziskovalnega problema. Pri tem je potrebna reflektivna drža raziskovalca.

Na osnovi opisanih usmeritev smo pri prepisovanju posnetega intervjuja izločili vsebinsko nerazumljivo izrečeno besedilo. Zapis smo poenotili v žensko slovnično obliko, ker je bilo razmerje spolov v obeh skupinah v korist žensk. Izbrisali smo vse navedbe krajev in ustanov, različnih organov, za posameznikov govor značilna mašila ipd. S tem smo zagotovili anonimnost pri neposredni rabi izrečenega. Enota kodiranja je bila izrečena misel ali izrečeno stališče posameznega

govorca na določeno temo. Če je govorec govoril o več temah, smo izrečeno kodirali pri več posameznih temah. Pri kodiranju smo uporabili tehniko tematskega kodiranja (Gomm, 2008), zato smo kode oblikovali večbesedno, s ciljem opisa ključne vsebine povedanega, kar imenujemo odprto opisno kodiranje. Le-to nam je omogočilo, da smo lahko kategorije, kot nadpomene kod, ravno tako oblikovali na vsebinski ravni in iz njih razvili ključne ugotovitve intervjujev, ki smo jih podali v obliki tem. Pri pripravi članka smo izvedli sekundarno analizo dobljenih rezultatov in naredili nekaj vsebinskih in terminoloških dopolnitev glede na analizo v raziskovalnem poročilu Skela-Savič in sodelavci (2017b). Pri analizi podatkov smo sledili usmeritvam obdelave po avtorici Green (2004), saj smo želeli razumeti povezave med odnosom, vedenji in izkušnjami intervjuvancev na področju obravnavanih tem, prav tako smo želeli razumeti fenomen nekaterih elementov profesionalizacije, s katerimi so jo opisali intervjuvanci, kot rezultat raziskave pa smo želeli izoblikovati nove ideje in teoretični konstrukt spoznanj za nadaljnje raziskave. Sinteza spoznanj tem obeh sekvenc nam je dala možnost boljše opredelitve odgovornosti za razvoj profesionalizacije zdravstvene nege na strateški ravni, kar je tudi namen uporabe tehnike skupinskih intervjujev.

## Rezultati

### *Sekvenca 1: Razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi*

V okviru analize besedila smo oblikovali 49 kod, ki so utemeljene s 150 citati udeležencev. Vsak citat je uporabljen samo enkrat. Iz 47 kod smo razvili 14 nadpomenskih kategorij, ki tvorijo 3 zaključene teme (Tabela 1), dve kodi se nista uvrstili v nobeno kategorijo. V nadaljevanju predstavljamo nekaj primerov razvoja kod. Razvoj vseh kod je natančno prikazan v raziskovalnem poročilu projekta Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina (Skela-Savič, et al., 2017b).

Primer razvoja kode »Treba je določiti kompetence glede na ravni izobraževanja«, ki smo jo razvili s tremi citati:

Citat 14: *Jaz mislim, da je čas, da dogovorimo stvari, da jeto enotno za celotno Slovenijo; da se ne sprašujemo, kaj kdo dela in kaj naj ne bi delali; da se točno ve, kakšne so kompetence tistih, ki končajo srednješolsko izobraževanje, ter kakšne so kompetence tistih, ki končajo visokostrokovni program.*

Citat 15: */.../ da so razčiščene stvari, kako je na magistrskem študiju. In seveda, zdaj že imamo tudi vpise na doktorat. Jaz mislim, da te stvari res niso razčiščene in dorečene. In zdaj imamo možnost, ko smo tukaj skupaj, da se o teh stvareh pogovorimo.*

Citat 16: *Mislim, da smo zdaj prišli do tiste točke, da moramo samo opredeliti natančno, kaj so kompetence*

Tabela 1: Rezultati razprave o izobraževanju in kompetencah v zdravstveni negi (sekvenca 1)  
 Table 1: Results of the discussion on education and competencies in nursing care (Round 1)

Kode/Codes	Kategorije/Categories	Teme/Themes	
Potrebna je širša vključenost v razpravo o izobraževanju in kompetencah.			
Potrebna je uskladitev med akterji izobraževanja in le-teh z njihovimi uporabniki.			
Prisoten je strah pred odvzemom kompetenc.	Med srednjim in visokim šolstvom so razhajanja in nezaupanje glede izobraževanja.	Družbena odgovornost visokega šolstva za ureditev izobraževanja na vseh nivojih in za argumentacijo razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline	
Glede izobraževanja v zdravstveni negi obstajajo stalna nasprotja.			
Nivoji izobraževanja so sistemsko slabo povezani.			
Izobraževanje ni sistemsko urejeno.			
Stroka je neenotna, tako sistemsko kot tudi zgodovinsko.			
Srednjestrokovno izobraževanje je usposabljanje za poklic in ne za študij.			
Večina študentov je iz srednjih zdravstvenih šol.			
Pričakuje se neprekinjena vertikalna prehodnost dijakov srednjih zdravstvenih šol.			
Izobraževanje za poklic naj se začne na srednji strokovni stopnji.			
Srednje šole delajo promocijo za celotno vertikalno.			
Evropska direktiva pomaga reševati probleme izobraževanja.	Evropsko reguliran poklic medicinska sestra zahteva najmanj visokostrokovno izobrazbo.	Družbena odgovornost visokega šolstva za ureditev izobraževanja na vseh nivojih in za argumentacijo razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline	
Potreben je univerzitetni študij zdravstvene nege.			
Poimenovanje medicinska sestra je pogojeno z visokošolsko izobrazbo.	Evropska primerljivost varuje razvoj zdravstvene nege.		
Študijski programi naj bodo primerljivi razvoju v Evropski uniji.			
Poseganje drugih poklicev v avtonomijo izobraževanja v zdravstveni negi je treba preseči.			
Visokostrokovne programe je treba preoblikovati v univerzitetne.	Za visokošolski študij zdravstvene nege je potrebno dobro splošno znanje.		
Za vstop v visokošolsko izobraževanje je potrebno dobro splošno znanje.			
Na primanjkljaj znanj naj se odziva visokošolski sektor.			
Naziv zdravstveni asistent ni sprejemljiv.	Pričakovana je samostojna vloga poklica TZN.		Sistemska odgovornost menedžmenta zdravstvene nege in nacionalnega strokovnega združenja za ustavitve preseganja kompetenc TZN in umestitev ravni kompetenc v zdravstveni negi v sistem zdravstvenega varstva
TZN je samostojni izvajalec zdravstvene nege, je več kot asistent.			
Diplomirane medicinske sestre opravljajo preveč administrativnega dela.	Diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik ni sprejet kot odgovorna nosilka zdravstvene nege.		
Delegiranje in nadzor diplomirane medicinske sestre se ne sprejema.			
Prisotno je zavedanje o preseganju kompetenc TZN.	Preseganja kompetenc TZN v kliničnih okoljih se zavedajo vsi akterji.		
Prekoračitve kompetenc v srednjih šolah ni.			
Klinična okolja dopuščajo prekoračitev kompetenc TZN.			
Preseganje kompetenc je za TZN poklicna samopotrditve.			
Preseganje kompetenc TZN je kompleksen problem.			
Informiranje zaposlenih je pomanjkljivo.	Veliko odgovornost za razmejevanje kompetenc in ustavitve preseganja kompetenc TZN nosi menedžmentu zdravstvene nege.		
Treba je določiti kompetence glede na ravni izobraževanja.			
Potrebne so spremembe kolektivne pogodbe, sistemizacije in nivojev kompetenc.			
Potrebno je enotno razumevanje vloge magistra zdravstvene nege.			
Uravnovežiti je treba interese stroke in interese delodajalcev.			
Preseganje kompetenc TZN je kompleksen problem.			
Odgovornost menedžmenta za preseganje kompetenc TZN.			

<i>Kode/Codes</i>	<i>Kategorije/Categories</i>	<i>Teme/Themes</i>
Vertikalno poimenovanje negovalec, negovalka.	Poklicno poimenovanje	
Poimenovanja »sestra« ima tradicijo.	»negovalec, negovalka« nima družbenega ugleda.	
Za razvoj poklicnega standarda je potrebno sodelovanje različnih deležnikov.		
Prisotno je nepoznavanje dejanskih strokovnih naslovov skozi spremembe izobraževanja.	Nastajanje srednješolskih programov je slabo razumljeno.	<i>Definiranje TZN kot sodelavca v timu zdravstvene nege na vseh nivojih zdravstva in kot ključnega izvajalca zdravstveno-socialne obravnave v skupnosti in v dolgotrajni oskrbi</i>
Prisotno je neločevanje med strokovnimi nazivi in poimenovanji stopnje dosežene izobrazbe.		
Oskrbe in sociale ime poklica ne zajame.	Identiteta poklica TZN je v dimenziji socialno oskrbovalnih kompetenc pomanjkljiva.	
Izražene se potrebe po socialnih kompetencah TZN.	Srednje šole ne kažejo pripravljenosti za spremembe v kurikulumu.	
Odpri kurikulum je treba poenotiti.		
Spremembe v odprtem kurikulumu ne zadostujejo.		
Bolničar naj bo del vertikalne.		
Kaže se nevarnost prekrivanja kompetenc bolničarja in TZN.	Obstaja nevarnost prekrivanja kompetenc TZN in bolničarja.	

*Legenda/Legend: TZN – tehnik/tehnica zdravstvene nege/healthcare assistant*

*posameznih izvajalcev. Drugače pa se mi zdi, da nivoje imamo kar dobro že začrtane, se mi zdi, da večjih težav tu ne vidim.*

Primer razvoja kode »Prisotno je zavedanje o preseganju kompetenc tehnika zdravstvene nege (TZN)«, ki smo jo razvili s štirimi citati:

Citat 117: *Mi izobražujemo na peti stopnji, tisto, kar pa se dogaja pri delodajalcih, ni več naša zadeva.*

Citat 118: *Ko dijaki hodijo na praktično usposabljanje z delom (PUD), povedo, kaj so delali. Nas je kar malo strah, da ta PUD nekako ni dobro zasnovan. /.../ Ne rečem, da mi tega nismo nikoli učili. Mislim, da je tu ta razlika, kaj se uči na 5. stopnji in kaj se potem dogaja, ko dijaki po 5. stopnji gredo v službo.*

Citat 119: *Srednješolsko izobražen kader posega, prevzema kompetence, kar je stvar delodajalca.*

## *Sekvenca 2: Nacionalni model razvoja in krepitev zdravstvene nege kot znanstvene discipline*

V okviru analize besedila smo oblikovali 20 kod, ki so utemeljene s 101 citatom udeležencev. Vsak citat je uporabljen samo enkrat. Razvili smo 7 nadpomenskih kategorij, ki tvorijo 4 zaključene teme (Tabela 2). V nadaljevanju predstavljamo nekaj primerov razvoja kod. Razvoj kod je natančno prikazan v raziskovalnem poročilu projekta Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina (Skela-Savič, et al., 2017b).

Primer razvoja kode »Interes za znanje o raziskovanju je vprašljiv«, ki smo jo razvili s štirimi citati:

Citat 25: *Mi imamo v kolektivni pogodbi pol ure za diplomirane medicinske sestre, da je namenjeno branju, tako kot imajo zdravniki.*

Citat 26: *To je potem na strani posameznika, koliko se bodo sami o neki stvari izobrazili in pač neko dodatno znanje iskali.*

Citat 29: *Jaz vidim ključni problem v tem, da mi*

*ne poznamo priložnosti oziroma želje po dodatnih znanjih.*

Citat 79: *Menedžment se bo odločal, pa tudi ona mora generirati, se zavedati tega znanja, ki ga potrebuje.*

Primer razvoja kode »Pri medicinskih sestrah ni pripravljenosti za raziskovanje«, ki smo jo razvili s petimi citati:

Citat 3: *Veliko znanja, izkušenj, ne znajo pa to potem ubesediti in zapisati, to je problem.*

Citat 8: *Zaradi tega, ker vsi, ki se, velika večina/tistih/, ki se vpisuje/jo/ v zdravstveno nego, so to eni ljudje, ki so praktiki, radi imajo delo z ljudmi itd.*

Citat 30: *In potem prideš s tisto idejo v klinično okolje in te povozijo.*

Citat 119: *Problem je v nas, v poklicni skupini, v prvi vrsti; pa drugi naši sodelavci, predvsem zdravniki nas ne pustijo k razvoju. Ampak moje osebno mnenje, problem je v naši poklicni skupini, v naših glavah, v našem razmišljanju. Govorimo: »Smo samostojni, smo avtonomni«, ampak če gledaš okoli, kaj se dogaja, ... podrejenost zdravstvene nege je ...*

Citat 120: *Jaz se močno strinjam s kolegico in se mi zdi, da je ključni problem v nas samih, podcenjevanje dela z glavo. To, da bi mi sami zares prepoznali, da je sploh potrebno.*

V Tabeli 3 prikazana vsebinska sinteza sedmih tem, dobljenih v obeh sekvencah, pokaže na dejavnike, ki so v raziskavi ugotovljeni kot pomembni pri izgradnji nacionalnega pristopa razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline za slovenski prostor. Ugotovili smo dve krovni temi, ki govorita o nacionalni odgovornosti. Prva govori o odgovornih za uveljavitev kompetenčnega modela v praksi in za uveljavitev razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline, druga pa o kazalnikih, s katerimi bomo spremljali uresničevanje razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline.

Tabela 2: Rezultati razprave o razvoju in krepitvi zdravstvene nege kot znanstvene discipline (sekvenca 2)

Table 2: Results of the discussion on the development and consolidation of healthcare as a scientific discipline (round 2)

<i>Kode/Codes</i>	<i>Kategorije/Categories</i>	<i>Teme/Themes</i>
Menedžment mora biti orientiran v strokovno usposobljenost kadra.		
Raziskovanje in razvoj je treba podpreti s sistematizacijo delovnih mest.		
Pri institucionalnem organiziranju raziskovanja in razvoja prihaja do težav.	Za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline je odgovoren menedžment zdravstvenih zavodov.	Odgovornost menedžmenta zdravstvene nege in menedžmenta fakultet za razvoj znanstvene discipline na ravni posameznega zavoda
Potrebno je prehajanje zaposlenih med visokošolskim in zdravstvenim zavodom, in sicer v okviru 100-% zaposlitve.		
Menedžment ne prevzema zadostne odgovornosti za raziskovanje in razvoj.		
Nujno je sodelovanje med visokošolskim in zdravstvenim zavodom.	Na ravni med zdravstvenim in visokošolskim zavodom je treba zasnovati raziskovalna jedra.	
Med visokošolskim in zdravstvenim zavodom naj se vzpostavi skupna raziskovalna entiteta.		
Strokovno delo in raziskovanje morata biti povezana.	Smisel raziskovanja je razvoj stroke za koristi pacienta.	Raziskovanje in razvoj stroke kot delovna obveza visokošolsko izobraženih medicinskih sester
Središče razvojno-raziskovalnega dela naj bo pacient.		
Interes za znanje o raziskovanju je vprašljiv.	Raziskovanje je videno kot neobvezna, in ne kot prioritarna aktivnost medicinskih sester.	
Prisotno je razumevanje raziskovanja in razvoja kot prostočasnih aktivnosti medicinskih sester.		
Pri medicinskih sestrah ni pripravljenosti za raziskovanje.		
Za izgradnjo znanstvene discipline je potrebno znanje.		
Izobraževanja za raziskovanje in razvoj na delovnem mestu je premalo.	Glede obsega in vrste znanj za razvoj stroke in znanosti njeni pripadniki niso enotno odločeni.	Uveljavitev evropsko primerljivih znanj in kompetenc za razvoj stroke in znanosti v Sloveniji
Mnenja o tem, kakšen obseg izobraževanja o raziskovanju in razvoju je potreben za poklic medicinske sestre, so različna.		
Izraženo je stališče, da je znanje o raziskovanju morda potrebno pri spremljanju kakovosti.		
Potreben je nacionalni raziskovalni inštitut.	Odgovornost za nacionalni raziskovalni in razvojni inštitut naj prevzeme Zbornica – Zveza.	Nacionalni raziskovalni inštitut kot formalna povezovalna oblika za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi v Sloveniji
Nacionalni raziskovalni inštitut naj bo pod okriljem Zbornice – Zveze.		
Nacionalni raziskovalni inštitut naj ima tudi druge razvojne naloge.		
Preko nacionalnega raziskovalnega inštituta naj se izvaja vpliv na politiko.	Nacionalni raziskovalni inštitut naj izvaja tudi vpliv na politiko.	

Tabela 3: Sinteza tem sekvenc 1 in 2

Table 3: Synthesis of rounds 1 and 2

<i>Teme/Themes</i>	<i>Sinteza tem/Themes synthesis</i>
Odgovornost menedžmenta zdravstvene nege in menedžmenta fakultet za razvoj znanstvene discipline na ravni posameznega zavoda	NACIONALNA ODGOVORNOST – odgovorni za uveljavitev kompetenčnega modela v praksi in za uveljavitev razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline:
Družbena odgovornost visokega šolstva za ureditev izobraževanja na vseh nivojih in za argumentacijo razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline	(1) menedžment zdravstvene nege,
Uveljavitev evropsko primerljivih znanj in kompetenc za razvoj stroke in znanosti v Sloveniji	(2) menedžment visokega šolstva v zdravstveni negi in
Raziskovanje in razvoj stroke kot delovna obveza visokošolsko izobraženih medicinskih sester	(3) nacionalno združenje v zdravstveni negi
Sistemska odgovornost menedžmenta zdravstvene nege in nacionalnega strokovnega združenja za ustavitve presejanja kompetenc TZN in umestitev ravnih kompetenc v zdravstveni negi v sistem zdravstvenega varstva	KAZALNIKI URESNIČEVANJA NACIONALNE ODGOVORNOSTI:
Definiranje TZN kot sodelavca v timu zdravstvene nege na vseh nivojih zdravstva in kot ključnega izvajalca zdravstveno-socialne obravnave v skupnosti in v dolgotrajni oskrbi	(1) sistematizacija delovnih mest za 4 ravni kompetenc v zdravstveni negi,
Nacionalni raziskovalni inštitut kot formalna povezovalna oblika za razvoj in raziskovanje v zdravstveni negi v Sloveniji	(2) raziskovanje in razvoj kot orodje dela v zdravstveni negi,
	(3) ustanovitev nacionalnega inštituta za raziskave v zdravstveni negi

Legenda: TZN – tehnik/tehnica zdravstvene nege/healthcare assistant



## Diskusija

Rezultati skupinskih intervjujev, izvedenih v dveh sekvencah, nas opozorijo na sedem vsebinskih tem in dve krovni temi. Ključnega pomena za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline se izkaže odgovornost menedžmenta zdravstvene nege in visokošolskih zavodov ter strokovnega združenja Zbornice – Zveze, le-te smo tako opredelili na ravni nacionalne odgovornosti za razvoj profesionalizacije v zdravstveni negi v Sloveniji. Opredelili smo tudi tri nacionalne kazalnike uresničevanja te nacionalne odgovornosti, le-ti so: sistemizacija delovnih mest za štiri ravni kompetenc v zdravstveni negi, raziskovanje in razvoj kot orodje dela v zdravstveni negi in ustanovitev nacionalnega inštituta za raziskave v zdravstveni negi.

Raziskava pokaže, da bomo o uresničevanju razvoja zdravstvene nege kot profesije in znanstvene discipline lahko govorili šele takrat, ko bodo ključni nosilci odgovornosti, zlasti menedžment zdravstvene nege v zdravstvenih zavodih, pričeli s sistemizacijo delovnih mest za štiri ravni kompetenc v zdravstveni negi in upoštevali mednarodno primerljive pogoje usposobljenosti za izvajanje kompetenc določene ravni. Dve predhodni raziskavi Skele-Savič in sodelavcev (2016b, 2016c) namreč pokažeta, da je med strokovnjaki doseženo strinjanje s prilagoditvami kompetenc, ki jih je priporočila Evropska federacija združenj medicinskih sester (European Federation of Nurses Associations – EFN) (EFN, 2014), vendar realno gledano, v Sloveniji modela kompetenc ali aktivnosti zdravstvene nege za štiri ravni izvajalcev zdravstvene nege še nimamo, in sicer ob dejstvu, da na ravni strokovnega magistrerja izobražujemo že deset let.

Pričujoča raziskava pokaže, da so smiselni vsebinska in terminološka implementacija kategorij izvajalcev zdravstvene nege po modelu EFN (EFN Workforce Committee, 2014) v naš izobraževalni sistem, sistem nacionalnih kompetenc in aktivnosti zdravstvene nege in prevedba le-tega v opise in sistemizacijo delovnih mest. V okviru projekta Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina je bila z uporabo kvantitativnega in kvalitativnega pristopa preverjena matrika ravni kompetenc v zdravstveni negi po modelu EFN (Skela-Savič, et al., 2017b), ki smo jo za namen tega članka terminološko dopolnili, oblikovali pogoje usposobljenosti in naredili primerjave z ogrodji kvalifikacij. Predlagani model za Slovenijo bo vsebinsko natančneje pojasnjen v naslednjih objavah omenjenega projekta.

Predlagani kompetenčni model ravni izvajalcev v zdravstveni negi v Sloveniji:

– Raven 1: sodelavec/sodelavka v timu zdravstvene nege in zdravstvenem timu – tehnik/tehnica zdravstvene nege (TZN) (ang. healthcare assistant), izobrazba – srednješolsko strokovno izobraževanje smeri zdravstvena nega (5. raven slovenskega

ogrodja kvalifikacij (SOK) ali 4. raven evropskega ogrodja kvalifikacij (EOK));

- Raven 2: nosilec/nosilka zdravstvene nege v timu zdravstvene nege in zdravstvenem timu – diplomirani zdravstvenik/medicinska sestra (dipl. zn./dipl. m. s.) (ang. general care nurse), izobrazba – visokošolsko strokovno izobraževanje smeri zdravstvena nega 1. bolonjske stopnje, ki je usklajeno z aktualno veljavno evropsko direktivo za regulirane poklice (7. raven SOK ali 6. raven EOK);
- Raven 3: specialist/specialistka določenega področja v zdravstveni negi – diplomirani zdravstvenik/medicinska sestra specialist/-ka (dipl. zn. spec./dipl. m. s. spec.). (ang. specialist nurse), izobrazba – podiplomsko specialistično izobraževanje ali podiplomsko izobraževanje 2. bolonjske stopnje (7.–8. raven SOK ali 6.–7. raven EOK);
- Raven 4: strokovnjak/strokovnjakinja za napredne oblike dela v zdravstveni negi in zdravstveni obravnavi – magister/magistrica zdravstvene nege (mag. zdr. nege), doktor/doktorica zdravstvene nege ali zdravstvenih ved (ang. advance nurse practitioner), izobrazba – podiplomsko izobraževanje 2. in 3. bolonjske stopnje (8.–10. raven SOK ali 7.–8. raven EOK).

Pri predlogu prikazanega kompetenčnega modela je treba poudariti, da ravni 3 in 4 ni mogoče doseči, če ni dosežena raven 2, medtem ko raven 1 ni pogoj za doseganje ravni 2, kar je skladno s pogoji za vstop v izobraževanje za reguliran poklic (Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013).

Naslednji pomemben korak je vključitev vseh ravni kompetenc v nacionalne kadrovske normative in na plačni ravni v ustrezne tarifne skupine. Raziskava opozori, da naj bo razvojno delo in raziskovanje v zdravstveni negi orodje za uresničevanje na dokazih podprtega dela. Intervjuvanci menijo, da se prizadevanja in uveljavljanje raziskovalnega dela v zdravstveni negi lahko uresniči skozi nacionalni inštitut za raziskave v zdravstveni negi, katerega ustanoviteljica naj bo Zbornica – Zveza. Inštitut naj se financira iz članarin članov in iz prijav na razpise. Avtorica članka meni, da čakanje, da bi zdravstveno nego pri tem podprle druge institucije, glede na trenutno stanje zdravstvene politike v Sloveniji ni smiselno. Potrebna je investicija virov Zbornice – Zveze. Raziskava namreč pokaže, da je vpliv na zdravstveno politiko možno pričakovati preko nacionalnega raziskovalnega inštituta. Naslednja ugotovitev je, da morajo biti raziskave novega inštituta usmerjene predvsem v potrebe pacientov. Na ta način bi raziskovalke zdravstvene nege prispevale k oblikovanju politik na nivoju države in širše in bi bile bolj uspešne pri pridobivanju raziskovalnih sredstev, na kar v eni od raziskav opozori tudi Büscher s sodelavci (2009).

Poglobljena analiza rezultatov raziskave pokaže pomemben poudarek na visokošolskem menedžmentu z vidika družbene odgovornosti visokega šolstva za argumentacijo razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline in ureditev izobraževanja na

vseh nivojih. Le-to je logično pričakovanje, saj je akumulacija znanja o raziskovanju na fakultetah največja, tam mora biti prisotno raziskovalno delo, saj fakulteta lahko kakovostno izvaja in posodablja študijske programe le, če stroko, o kateri izobražuje, raziskuje in če je s stroko povezana pri neposrednem delu s pacienti. Pomembno je vključevanje kliničnega okolja v raziskovalno delo, kar v raziskavi potrdimo tudi z dobljenimi kodami, kot so »Nujno je sodelovanje med visokošolskim in zdravstvenim zavodom«, »Med visokošolskim in zdravstvenim zavodom naj se vzpostavi skupna raziskovalna entiteta«, »Strokovno delo in raziskovanje morata biti povezana«. Za večjo integracijo raziskovalne kulture ter paradigem raziskovanja v kliničnih okoljih se priporoča večja pozornost na teh vsebinah v študijskih programih zdravstvene nege (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014). Na slednje opozori tudi naša raziskava, predvsem z vidika, da je v Sloveniji izgradnja raziskovalne kulture zahtevna, saj intervjuvanci izražajo neodločenost glede vrste in obsega znanja za razvoj stroke in znanosti, prav tako se izkaže problem, da raziskovanje ne sodi v delovno obvezo medicinskih sester in da mu same medicinske sestre ne pripisujejo dovolj velike prioritete.

V tej raziskavi ugotovljeno stanje se bo izboljšalo, ko bo menedžment zdravstvene nege pri zaposlenih podprl razvoj znanj iz raziskovanja in znanj iz na dokazih podprtega dela (Skela-Savič, et al., 2016a). S tem se bo presegla ugotovljena miselnost, da sta raziskovanje in razvoj zgolj neobvezni, in ne prioritetni aktivnosti medicinskih sester; povečala se bo motivacija za razvojno delo – v tej raziskavi se namreč kaže nizko lastno zavedanje o potrebah po razvojnem delu; povečal se bo interes za pridobivanje znanj za vzpostavitev raziskovanja in razvoja ter nenazadnje, vzpostavilo se bo zavedanje o pomenu raziskav za kakovostno delo. Kelly in sodelavci (2013) ter Loke in sodelavci (2014) opozarjajo, da raziskovanje preprosto še ni del profesionalne identitete medicinskih sester, zato se pogosto zgodi, da medicinske sestre tudi ne aplicirajo raziskovalnih izsledkov v vsakdanje praktično delo, kar pokaže tudi ta raziskava in druge v slovenskem prostoru že izvedene raziskave (Skela-Savič et al., 2016a, Skela-Savič, et al., 2017a). Ugotovljeno stanje podpira tudi ugotovljeni koncept vrednot in kompetenc, ki bi podpirale razvoj zdravstvene nege, saj je vrednostni sistem delovanja diplomirane medicinske sestre v slovenskih bolnišnicah usmerjen predvsem v uresničevanje dnevnih strokovnih nalog in ne razvojnih nalog (Skela-Savič, et al., 2017). Slednje potrdimo tudi z obstoječo raziskavo, ko opredelimo problematiko preseganja poklicnih kompetenc na strani TZN in s tem posledično opozorimo na pomanjkanje sistematiziranih delovnih mest za visokošolsko izobražene medicinske sestre, ki so edine lahko nosilke razvojnih nalog v zdravstveni negi, ki sodijo na četrto raven kompetenc. Mednarodni svet

medicinskih sester (International Council of Nurses, 2008) opredeli, da je za razvojne naloge treba imeti izobrazbo magistra zdravstvene nege, v Sloveniji pa teh delovnih mest še niti nismo sistematizirali. Zato je opredeljena odgovornost menedžmenta zdravstvene nege v tej in predhodnih raziskavah utemeljena.

Že samo vpogled v kompetence, zapisane v direktivi za regulirane poklice Evropske unije (Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013), jasno kaže, da kompetence *sposobnost za analizo kakovosti zdravstvene nege in posledično izboljševanje lastnega strokovnega dela medicinskih sester za splošno zdravstveno nego* (v direktivi zapisano v skupini H) ni mogoče uresničiti, če izvajalec nima bazičnih znanj o raziskovanju in razvoju in če v praksi ne uporablja na dokazih podprtega koncepta dela. Dejstvo, da morata raziskovanje in razvoj postati del delovne obremenitve diplomiranih medicinskih sester, se logično postavi kot pogoj za uresničevanje navedene kompetence in utrdi v raziskavi dobljeno temo »uveljavitev evropsko primerljivih znanj in kompetenc za razvoj stroke in znanosti v Sloveniji«. Ob tem je treba nenehno pojasnjevati, zakaj je treba uvesti ravni kompetenc, saj naša raziskava pokaže, da je med udeleženci prisotna neodločenost o obsegu in ravneh izobraževanja, kar pomeni, da strokovna javnost ravni izobraževanj še ne razume najboljše ali jih težko preslika na realno klinično okolje. V mislih je treba imeti tudi spoznanja, da lahko pri razvojnem delu v zdravstveni negi naletimo na številne težave, kot so čas namenjen raziskovanju, pomanjkljivo znanje za izvajanje raziskovanja, nezadostna podpora s strani vodilnih in zdravnikov, procesi dela in organizacijska kultura, ki ne podpirajo raziskovanja (Kelly, et al., 2013; Loke, et al., 2014; Yoder, et al., 2014). Za diplomirane medicinske sestre v slovenskih bolnišnicah žal namreč lahko potrdimo tudi pomanjkljivo znanje in izobraževanje ter slabo dostopnost do strokovne in znanstvene literature (Skela-Savič, et al., 2016a; 2017a). Vsa ta spoznanja nas vodijo v premislek, kaj so obvezne vsebine izobraževanj za pridobitev licenc za delo in ali so te vsebine aktualizirane glede na znanja, potrebna za razvoj zdravstvene nege v Sloveniji, in kakšna je usposobljenost menedžmenta zdravstvene nege, katerega raziskava pokaže kot enega ključnih dejavnikov razvoja profesionalizacije.

Raziskava opozori tudi na razhajanja med srednjim in visokim šolstvom, saj pričakovanja srednjega šolstva v smislu neprekinjene vertikalne prehodnosti za dijake zdravstvenih šol brez splošne mature ovirajo ambicije fakultet za razvoj univerzitetnega študija zdravstvene nege. Tako se lahko pričakovana vertikala v zdravstveni negi na strani srednjih zdravstvenih šol izkaže kot ovira za univerzitetno izobraževanje v zdravstveni negi, s katerim se tudi začne akademizacija zdravstvene nege, saj z njo dosežemo večinsko usposobljenost izvajalcev za profesionalizacijo zdravstvene nege.

Poseben problem predstavlja ugotovitev, da je preseganje

kompetenc TZN v kliničnih okoljih na zavedni ravni, kar pomeni, da po formalni plati izobraževanje za poklic TZN v izobraževalnem programu ne daje kompetenc diplomiranih medicinskih sester, vendar tega klinično okolje ne upošteva. Na zavedni ravni od TZN namreč pričakujejo preseganje kompetenc. Prav tako je za udeležence iz srednješolskega sektorja moteče delegiranje in nadzor diplomirane medicinske sestre nad delom TZN, pričakujejo namreč samostojno vlogo poklica TZN v zdravstvenem sistemu, kar je naslednja ovira v profesionalizaciji zdravstvene nege v Sloveniji. Ugotovljeno preseganje kompetenc opozarja na dejstvo, da je potrebno povečano zaposlovanje diplomiranih medicinskih sester in omogočanje šolanja tistim TZN, katerih delo posega v kompetence diplomiranih medicinskih sester. Za preseganje kompetenc TZN je odgovoren menedžment zdravstvene nege, ki ne zaposli dovolj visokošolsko izobraženega kadra. To je neodgovorno ravnanje do pacientov in stroke, na kar je opozorila tudi v Belgiji, Angliji, Španiji, Švici in na Finskem letos zaključena raziskava Linde Aiken (2017), ki zelo jasno pove, da če v timu zdravstvene nege, ki skrbi za 25 kirurških pacientov in ga sestavljajo štiri diplomirane medicinske sestre in dva nižje izobražena izvajalca zdravstvene nege, nadomestimo eno diplomirano medicinsko sestro z nižje izobraženim izvajalcem zdravstvene nege, povečamo verjetnost za smrtnost pacientov za kar 21 %. Melnyk in sodelavci (2012) pravijo, da so raziskave tiste, ki omogočajo izvajanje na dokazih podprte prakse. Le-te povečujejo kakovost in zanesljivost zdravstvene obravnave, izboljšujejo izide zdravstvene obravnave in zmanjšujejo variiranje v zdravstveni obravnavi in stroških. Zato je v slovenskem prostoru treba na nacionalni ravni pristopiti k sistematičnim raziskavam o povezavah med stopnjo izobrazbe in številom zaposlenih v zdravstveni negi ter izidi zdravstvene obravnave pri pacientih.

Zaključimo lahko, da imamo pri profesionalizaciji zdravstvene nege v Sloveniji težave tudi s poimenovanjem poklica, saj raziskava pokaže, da »Poklicno poimenovanje« negovalec, negovalka« nima družbenega ugleda« in se ga šteje kot manj vredno in neprimerno poimenovanje za izvajalce zdravstvene nege. Tudi prepoznavanje novih področij delovanja TZN, kot so socialno-oskrbovalne kompetence, s strani predstavnikov srednješolskega sektorja ni sprejeto, kar zdravstveni negi kot stroki in znanosti nalaga izzive, kako v prihodnosti razumeti in odgovoriti na nove potrebe družbe.

Omejitev raziskave so v izboru paradigme, saj ima kvalitativno raziskovanje na področju veljavnosti in zanesljivosti več omejitev. Veljavnost in zanesljivost smo zagotavljali z metodo hermenevtičnega kroga (Mesec, 1998), saj smo podatke pridobivali na osnovi širitve spoznanj predhodnih raziskav in izvedli sekvenčno raziskovanje. Udeležence raziskave smo vedno seznanili s predhodnimi spoznanji,

na katerih so temeljila naša izhodiščna vprašanja za skupinski intervju. Tako smo v prvi sekvenci intervjuvancem poslali pisno poročilo o izvedeni kvantitativni raziskavi med dijaki, študenti in zaposlenimi v zdravstvu, srednjem in visokem šolstvu o kompetenčnem modelu v zdravstveni negi in odnosu do raziskovanja in razvoja v zdravstveni negi (Skela-Savič, et al., 2016b, 2016d). Te rezultate smo pred začetkom prve sekvence tudi ustno predstavili. V drugi sekvenci smo intervjuvancem poslali in ustno predstavili rezultate prve sekvence (Skela-Savič, et al., 2016c). Naše raziskovanje in razvita izhodiščna vprašanja temeljijo na raziskovalnem projektu, predhodno izvedenem v slovenskih bolnišnicah na velikem vzorcu (Skela-Savič, et al., 2016a; Skela-Savič et al., 2017b), kar lahko razumemo kot utemeljevanje veljavnosti raziskovanja, ki se kaže z dolgotrajnimi opazovanji, s triangulacijo različnih raziskovalnih metod za raziskovanje profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji in s seznanjanjem udeležencev s predhodnimi spoznanji našega raziskovanja te tematike. Kot zaključni korak pri utemeljevanju veljavnosti izvedene raziskave smo septembra 2017 izvedli »znanstveno kavarno«, na katero smo povabili strokovnjake v zdravstveni negi, vodilne v zdravstveni negi, v visokem šolstvu in na področju raziskovanja. Na tem srečanju smo predstavili dobljene teme raziskave in o njih s povabljenimi razpravljali s strateškega vidika in z vidika načrtovanja potrebnih sprememb. Green in Thorogood (2004) to poimenujeta konsenzualna konferenca. Pomembno je tudi povedati, da je avtorica članka zagovornica potreb po pospešenem razvoju profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji in da je visokošolska učiteljica raziskovalnih metod, na dokazih podprtega dela in zdravstvenega menedžmenta, kar se lahko odraža v interpretaciji rezultatov, ki jo je avtorica obvladovala z reflektivno držo in seznanjanjem udeležencev raziskave s predhodnimi spoznanji raziskav (Mesec, 1998), ki so oblikovala tok skupinskega intervjuja. Avtorica je za potrebe objave članka ponovno preverila dobljene rezultate s tehniko sekundarne analize s ciljem razumljivosti, transparentnosti in natančnosti.

Z induktivnim raziskovalnim pristopom smo prepoznali nekatere odgovornosti za razvoj elementov profesionalizacije v zdravstveni negi v Sloveniji, ki so lahko izziv raziskovalcem, da spoznanja preverijo po deduktivni poti raziskovanja. Raziskava daje izhodišča za načrtovanje strateških usmeritev razvoja profesionalizacije zdravstvene nege v prihodnosti, kar je bil tudi cilj naše raziskave.

## Zaključek

Raziskava s pomočjo kvalitativnega pristopa opozori na dejavnike, ki bodo odigrali pomembno vlogo pri razvoju profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji in pri njenem preboju na področju

znanstvenoraziskovalnega dela in umeščanja ravni kompetenc v klinično delo. Stroka postane profesija takrat, kadar s sistematičnim pristopom ustvarja svoje lastno znanje in ga prenaša v neposredno strokovno delo in ko strokovnjaki generirajo raziskovalne probleme, ki jih rešujejo skupaj s tistimi, ki imajo kompetence za temeljno raziskovalno delo. Orodje delovanja so sistematično raziskovanje, strokovna presoja, razvoj kritičnega razmišljanja in odločanje na osnovi dokazov. Zato je visokošolsko izobražene medicinske sestre v Sloveniji treba opolnomočiti z znanji za razvoj vrednot aktivizma in razvoja, z znanji o raziskovanju in o na dokazih podprtem delu, saj bodo s tem pomembno vplivale na razvoj profesionalizacije in razvoj zdravstvene nege kot znanosti. Menedžerji na ključnih položajih zdravstvene nege v vseh sektorjih delovanja morajo biti usposobljeni za razumevanje profesionalizacije in za svojo odgovornost na tem področju. Potrebni sta jasna in ambiciozna vizija ter strategija razvoja zdravstvene nege, ki naj vključuje nacionalne usmeritve za vseživljenjsko profesionalno izobraževanje za zdravstvene zavode, strokovne sekcije, regijska strokovna društva in menedžment na vseh nivojih zdravstvene nege. Nacionalno strokovno združenje mora prevzeti odgovornost za predstavitev nove paradigme razvoja zdravstvene nege, ki bo odziv na potrebe družbe, stroke in znanosti ter izvesti načrtno razdelitev sredstev za uresničevanje le-te.

## Acknowledgements/Zahvala

The article is a presentation of a part of the results of a larger research project *Nursing as a scientific discipline in Slovenia: An internationally comparable secondary and tertiary education system in nursing care as the foundation of research and scientific contribution to the sustainable development of society*, which was in 2015 selected as a two-year research project at the Slovenian Research Agency and the Ministry of Education, Science and Sport. Several independent research projects were conducted with separately gathered data and mixed research design. The article presents one of the conducted research studies. The leading partner of the project was Angela Boškin Faculty of Health Care, while project partners included the Faculty of Health Sciences of the University of Primorska, Educational Research Institute, Faculty of Health Sciences of the University of Maribor, International School for Social and Business Studies and the National Institute of Public Health. We would like to thank the entire research project team who cooperated well and productively in realizing the project aims. The author of the article would like to thank the members of the project team who ensured that the materials were collected in a way to enable a systematic data processing. Dr. Eva Klemenčič participated in transcribing the recorded interview of the conducted research. The first reading and editing of the text were conducted in a team

composed of (in the alphabetical order): Assist. Prof. Simona Hvalič Touzery, Assist. Prof. Katja Pesjak, Senior Lecturer Dr. Vesna Čuk, Senior Lecturer Sanela Pivač, Lecturer Sedina Kalender Smajlovič and Lecturer Marta Smodiš. I would also like to thank Assist. Prof. Dr. Branko Gabrovec, who participated in managing a group interview in the first round and Assoc. Prof. Dr. (United Kingdom and Northern Ireland) Majda Pajnkihar, who cooperated in managing the group interview in the second round. Članek je predstavitev dela rezultatov večjega raziskovalnega projekta *Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju*, ki je bil leta 2015 izbran kot dvoletni ciljno raziskovalni projekt na Javni agenciji za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (ARRS) in Ministrstvu za izobraževanje, znanost in šport Republike Slovenije (MIZŠ). Izvedenih je bilo več samostojnih raziskav z ločeno zajetimi podatki, uporabljeni so bili mešani raziskovalni dizajni. V prispevku predstavljamo eno od izvedenih raziskav. Nosilka projekta je bila Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, partnerji projekta pa Fakulteta za vede o zdravju Univerze na Primorskem, Pedagoški inštitut, Fakulteta za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije in Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zahvala gre celotni raziskovalni skupini projekta, ki je tvorno sodelovala pri realizaciji ciljev projekta. Avtorica članka se zahvaljuje članom projektne skupine, ki so pripomogli, da je bilo gradivo zbrano tako, da je bila mogoča sistematična obdelava podatkov. Pri prepisu posnetega intervjuja izvedene raziskave je sodelovala dr. Eva Klemenčič. Prvo branje in čiščenje prepisa besedila je bilo izvedeno v delovni skupini, v kateri so sodelovale (navedeno po abecednem redu) doc. dr. Simona Hvalič Touzery, doc. dr. Katja Pesjak, viš. pred. dr. Vesna Čuk, viš. pred. Sanela Pivač, pred. Sedina Kalender Smajlovič in pred. Marta Smodiš. Zahvala gre doc. dr. Branku Gabrovcu, ki je sodeloval pri vodenju skupinskega intervjuja v prvi sekvenci, in izr. prof. dr. (Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske) Majdi Pajnkihar, ki je sodelovala pri vodenju skupinskega intervjuja v drugi sekvenci.

## Conflict of interest/Nasprotje interesov

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

## Funding/Financiranje

The research was financed by Slovenian Research Agency and the Ministry of Education, Science and Sport, project *Nursing as a scientific discipline in Slovenia: An internationally comparable secondary*

and tertiary education system in nursing care as the foundation of research and scientific contribution to the sustainable development of society (V5-1507, od 15. 10. 2015 do 14. 10. 2017). The project was awarded in the tender Public tender for the selection of research projects related to Target research programme "CRP 2015" in 2015 (URL RS, no. 53/2015, as of 17. 7. 2015)./ Raziskava je bila financirana s strani ARRS in MIZŠ, projekt *Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju* (V5-1507, od 15. 10. 2015 do 14. 10. 2017). Projekt je bil pridobljen na razpisu Javni razpis za izbiro raziskovalnih projektov Ciljnega raziskovalnega programa "CRP 2015" v letu 2015 (URL RS, št. 53/2015, z dne 17. 7. 2015).

## Ethical approval/Etika raziskovanja

Permission to conduct the research was obtained from the Committee for research and development of the Angela Boškin Faculty of Health Care. 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)./Dovoljenje za izvedbo raziskave smo pridobili na Komisiji za znanstveno raziskovalno in razvojno dejavnost Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. 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

The author was the head of the project. She designed the research plan and the research instrument as well as the research sample. She participated in managing the group interview to collect data in both rounds, performed data processing of the final transcribed interview (codes, categories, themes) and secondary analysis of data for the purposes of the article, described results, conducted a synthesis of the obtained themes of the four interviews, discussed the obtained results and designed recommendations for further research and developmental work./Avtorica je bila vodja projekta. Naredila je načrt raziskave, oblikovala instrument in vzorec raziskave, v obeh sekvencah sodelovala pri vodenju skupinskega intervjuja za zajem podatkov, naredila obdelavo podatkov prečiščenega besedila prepisa posnetega intervjuja (kode, kategorije, teme) in sekundarno analizo podatkov za potrebe članka, opisala rezultate, naredila sintezo dobljenih tem štirih intervjujev, razpravljala o dobljenih rezultatih in oblikovala priporočila za nadaljnje raziskovanje in razvojno delo.

## Literature/Literatura

Adams, D. & Miller, B., 2001. Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 17(4), pp. 203–210.

<https://doi.org/10.1053/jpnu.2001.25913>

PMid:11464342

Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M., et al., 2017. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), pp. 559–568.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>

PMid:28626086; PMCid:PMC5477662

Alidina, K., 2013. Professionalism in post-licensure nurses in developed Countries. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(5), pp. 128–137.

Büscher, A., Sivertsen, B. & White, J., 2009. *Nurses and midwives: a force for health. Survey on the situation of nursing and midwifery in the member states of the European Region of the World Health Organization*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Carvalho, T., 2014. Changing connections between professionalism and managerialism: a case study of nursing in Portugal. *Journal of Professions and Organization*, 1(2), pp. 176–190.

<https://doi.org/10.1093/jpo/jou004>

Čelik, S. & Hisar, F., 2012. The influence of the professionalism behaviour of nurses working in health institutions on job satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), pp. 180–187.

<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02019.x>

PMid:22435982

Cvetek, S., 1999. Profesionalnost in profesionalizacija v zdravstveni negi v spreminjajočem se kontekstu zdravstvenega varstva. *Obzornik zdravstvene nege*, 33(1–2), pp. 19–23.

Available at:

<http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1999.33.1.19> [2. 12. 2016].

Demirkasimoğlu, N., 2010. Defining teacher professionalism from different perspectives. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, pp. 2047–2051.

<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.444>

Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. *Official Journal of the European Union*, L354/132. Available at:

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [2. 12. 2015].

EFN Workforce Committee, 2014. *EFN Matrix on the 4 Categories of the Nursing Care Continuum*. Brussels: EFN Workforce Committee.

- Fantahun, A., Demessie, A., Gebrekirstos, K., Zemene, A. & Yetayeh, G., 2014. A cross sectional study on factors influencing professionalism in nursing among nurses in Mekelle Public Hospitals, North Ethiopia, 2012. *BMC Nursing*, 13(10), pp. 10-17. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-10> PMID:24708544; PMCID:PMC3992135
- Ghadirian, F., Mahvash, S. & Mohammad Ali, C., 2014. Nursing professionalism: an evolutionary concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), pp. 1–10. PMID:24554953; PMCID:PMC3917177
- Gomm, R., 2008. *Social research methodology: a critical introduction*. 2nd ed. New York: Palgrave Macmillan, pp. 239–267.
- Green, J., Thorogood, N., 2004. *Qualitative Methods for Health Research*. London, New Delhi: Sage Publications, pp. 107–129, 173–200.
- International Council of Nurses, 2008. *Nursing Care Continuum and Competencies*. Geneva: ICN.
- Keeling, J. & Templeman, J., 2013. An exploratory study: student nurses' perceptions of professionalism. *Nurse Education in Practice*, 13(1), pp. 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.05.008> PMID:22652324
- 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.
- Kelly, K.P., Turner, A., Gabel Speroni, K., McLaughlin, M.K. & Guzzetta, C.E., 2013. National survey of hospital nursing research, part 2: facilitators and hindrances. *The Journal of nursing administration*, 43(1), pp. 18–23. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182786029> PMID:23207718
- Kumar, R., 2011. *Research methodology: step-by-step guide for beginners*. 3rd ed. London, etc.: Sage Publications, pp. 123–129, 171–173.
- Loke, J.C.F., Laurenson, M.C. & Lee, K.W., 2014. Embracing a culture in conducting research requires more than nurses' enthusiasm. *Nurse education today*, 34(1), pp. 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.09.006> PMID:23031532
- Manojlovich, M. & Ketefian, S., 2002. The effects of organizational culture on nursing professionalism: Implications for health resources planning. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), pp. 15–34. PMID:11998192
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Gallagher-Ford, L. & Kaplan, L., 2012. The state of evidence-based practice in US nurses: critical implications for nurse leaders and educators. *Journal of Nursing Administration*, 42(9), pp. 410–417. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182664e0a> PMID:22922750
- Mesec, B., 1998. Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za socialno delo, pp. 470. Available at: <https://sites.google.com/site/kvalitativnametodologija/kvalitativna-metodologija/uvod-v-kvalitativno-raziskovanje-v-socialnem-delu-knjiga-> [2. 5. 2017].
- Pahor M., 1998. Razlogi za prehod izobraževanja za zdravstveno nego na univerzitetno raven in njihove značilnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 32(1–2), pp. 5–19. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1998.32.1.5> [2.5.2017].
- Pahor, M., 2006. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit, pp. 6–11.
- Skela-Savič, B., Babnik, K., Dermol, V., Klemenčič, E., Pesjak, K. & Hvalič Touzery, S., 2016d. *Predstavitev rezultatov raziskave DP 2.2: Razumevanje trenutnega položaja zdravstvene nege in potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi na vzorcu osnovnošolske, srednješolske in visokošolske mladine : zaključno poročilo za vzorec učencev zadnje triade osnovne šole ter preliminarni rezultati raziskav, izvedenih na vzorcu srednješolcev in dodiplomskih študentov smeri Zdravstvena nega*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 1–86.
- Skela-Savič, B., Babnik, K., Trunk Širca, N., Pajnkihar, M., Klemenčič, E., Gabrovec, B., and colleagues, 2017b. *Zaključno poročilo ciljno raziskovalni projekt: »Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju«*. Jesenice, etc.: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, etc., pp. 1–226.
- Skela-Savič, B., Hvalič-Touzery, S. & Pesjak, K., 2017a. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of advanced nursing*, 73(1), pp. 1910–1923. <https://doi.org/10.1111/jan.13280> PMID:28205259
- Skela-Savič, B., Pesjak, K. & Lobe, B., 2016a. Evidence-based practice among nurses in Slovenian hospitals: a national survey. *International nursing review*, 63(1), pp. 122–131. <https://doi.org/10.1111/inr.12233> PMID:26748610
- Skela-Savič, B., Pesjak, K., Hvalič Touzery, S. & Dermol, V., 2016b. *Predstavitev rezultatov raziskave DP 2.1: Razumevanje potreb po spremembah izobraževanja in raziskovanja v zdravstveni negi – vidik izvajalcev izobraževanja in delodajalcev*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 1–36.

- Skela-Savič, B., Pivač, S., Hvalič Touzery, S., Čuk, V., Kalender Smajlovič, S., Smodiš, M., et al., 2016c. *Prenova srednješolskega modela izobraževanja in razvoj kompetenčnega modela za vse ravni izobraževanja v zdravstveni negi : tehnika skupinskega konsenza : rezultati raziskave DP 3 in DP 4 projekta "Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina" (CRP, 2015–2017)*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 1–33.
- Svetlik, I., 1999. Sodobni izzivi profesionalizmu. *Knjižnica*, 43(2/3), pp. 7–18. Available at: <http://revija-knjiznica.zbds-zveza.si/Izvodi/K9923/SVETLIK.pdf> [2. 5. 2017].
- Starc, A., 2009. Nursing professionalism in Slovenia: knowledge, power, and ethics. *Nursing science quarterly*, 22(4), pp. 371–374. <https://doi.org/10.1177/0894318409344758> PMID:19858518
- Starc, A., 2014. Profesionalizacija zdravstvene nege za kakovostne zdravstvene storitve. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 171–179.
- Starc, A., 2016. Professionalization in healthcare chain. *Journal of applied health sciences*, 2(2), pp. 69–86. <https://doi.org/10.24141/2/2/1>
- Viitanen, E., Wiili-Peltola, E., Tampsi-Jarvala, T. & Lehto, J., 2007. First-line managers in university hospitals – captives to their own professional culture? *Journal of Nursing Management*, 15(1), pp. 114–122. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00656.x> PMID:17207015
- Yoder, L.H., Kirkley, D., McFall, D.C., Kirksey, K.M., Stalbaum, A.L. & Sellers D., 2014. Staff nurses' use of research to facilitate evidence-based practice. *The American journal of nursing*, 114(9), pp. 26–37. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000453753.00894.29> PMID:25121949
- Watkins, D., 2011. The influence of master's education on the professional lives of British and German nurses and the further professionalization of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), pp. 2605–2614. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05698.x> PMID:21615461
- Wilensky, H.D., Harold, L., 1994. The Professionalization of Everyone? *The American Journal of Sociology*, 70(2), pp. 137–158.
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714

---

*Cite as/Citirajte kot:*

Skela-Savič, B., 2017. Development of nursing professionalization elements in Slovenia: the group interview technique. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 274–297. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.199>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

## Women's satisfaction with the childbirth experience: a descriptive research Zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo: opisna raziskava

Lara Menhart, Mirko Prosen

**Key words:** birth; patient satisfaction; perinatal support; healthcare professionals

**Ključne besede:** rojstvo; zadovoljstvo pacientov; obporodna podpora; zdravstveni delavci

Lara Menhart, BA(Nur)

Correspondence e-mail/  
Kontaktne e-naslov:  
lara.menhart@gmail.com

Assistant Professor Mirko Prosen, PhD, MSc, BSc, RN; University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Polje 42, 6310 Izola, Slovenia

The article is based on the diploma work of Lara Menhart *Women's satisfaction with labour and overall childbirth experience* (2017). Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Lare Menhart *Zadovoljstvo žensk s porodom in porodno izkušnjo* (2017).

Received/Prejeto: 23. 8. 2017  
Accepted/Sprejeto: 21. 10. 2017

### ABSTRACT

**Introduction:** Satisfaction is a complex concept, which we often come across when evaluating the childbirth experience. The purpose of the research was to find out the childbirth experiences of women in Slovenia with regard to their level of satisfaction with the provided perinatal care.

**Methods:** The Slovenian version of the Birth Satisfaction Scale – Revised was used in a non-experimental quantitative descriptive research (Cronbach  $\alpha = 0.81$ ). The data were collected through an online questionnaire in February 2017. Convenience sampling was used and 301 women, who gave birth in 2016 in Slovenia, participated. Data were analysed with descriptive statistics, the Mann-Whitney U test and Spearman's correlation coefficient.

**Results:** The results of the study have shown that the number of births ( $U = 6802, p = 0.150$ ), education ( $U = 7493, p = 0.317$ ), age ( $U = 5142, p = 0.061$ ) and presence of birth partner ( $U = 2841, p = 0.730$ ) are not statistically significantly correlated with the assessment of childbirth satisfaction. A lower level of satisfaction was also found in cases of caesarean sections of primiparous, in comparison with multiparous, women ( $U = 430, p = 0.001$ ). A statistically significant difference was established in the correlation between satisfaction and respondents' residential environment ( $U = 7029, p = 0.039$ ), professional communication, and level of anxiousness of birthing mothers ( $r_s = 0.397, p = 0.000$ ).

**Discussion and conclusion:** The results have shown that healthcare professionals who are present in childbirth are the key factor in contributing to a positive birth experience. The obtained results open up an opportunity for further research on the communication and attitude of health professionals towards birthing mothers.

### IZVLEČEK

**Uvod:** Zadovoljstvo je kompleksen pojem, ki ga velikokrat zasledimo pri ocenjevanju porodne izkušnje. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšne so izkušnje žensk v Sloveniji z vidika zadovoljstva z nudeno obporodno obravnavo.

**Metode:** V neeksperimentalni kvantitativni raziskavi je bila uporabljena slovenska verzija anketnega vprašalnika Birth Satisfaction Scale – Revised (Cronbach  $\alpha = 0.81$ ). Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo spletnega anketnega vprašalnika v februarju 2017. V priložnostnem vzorcu je bila zajeta 301 ženska, ki je v letu 2016 rodila v Sloveniji. Podatki so bili analizirani z deskriptivno statistiko, Mann-Whitneyevim U-testom in Spearmanovim korelacijskim koeficientom.

**Rezultati:** Ugotovitve kažejo, da število porodov ( $U = 6802, p = 0.150$ ), izobrazba ( $U = 7493, p = 0.317$ ) in starost ( $U = 5142, p = 0.061$ ) ter prisotnost obporodnega partnerja ( $U = 2841, p = 0.730$ ) niso statistično pomembno povezani z ocenjevanjem zadovoljstva. Vpliv števila porodov je bil ugotovljen le v povezavi z izvedenim carskim rezom, pri tem je bila ugotovljena nižja stopnja zadovoljstva pri prvorođnicah v primerjavi z mnogorođnicami ( $U = 430, p = 0.001$ ). Statistično pomembne razlike na ravni celotnega vzorca smo ugotovili v povezavi zadovoljstva in kraja bivanja, bolj zadovoljne so bile ženske, ki živijo na podeželju ( $U = 7029, p = 0.039$ ). Medsebojno zmerno statistično povezanost smo ugotovili tudi za profesionalno komunikacijo in manjšo zaskrbljenost porodnice ( $r_s = 0.397, p = 0.000$ ).

**Diskusija in zaključek:** Ugotovitve kažejo, da so zdravstveni delavci, prisotni pri porodu, ključni dejavniki za doseg pozitivne porodne izkušnje. Pridobljeni rezultati odpirajo priložnost za nadaljnje raziskave v smeri komunikacije in odnosa zdravstvenih delavcev s porodnico.



## Introduction

Satisfaction with childbirth is a complex issue, as has been demonstrated by several studies (Hodnett, 2002; De Orange, et al., 2011; Spaich, et. al., 2013; Hollins Martin, 2014; Hinic, 2015; Macpherson, et al., 2016), whose results are often diametrically opposed to each other. The complexity of satisfaction with childbirth is often affected by subjectivity in evaluating perinatal care. Satisfaction depends on various criteria including lifestyle, past experiences, expectations, values, personality and the society in which the individual lives (Drglin, 2007). Birth is an intimate life event, of which every woman wishes to have pleasant memories. Every woman has her own expectations about the course of childbirth and if her expectations and wishes are considered, then the satisfaction associated with childbirth increases (Hollins Martin, 2014). Hinic (2015) has found that the following parameters affect childbirth satisfaction: quality of healthcare, including the support and communication style of healthcare professionals, participation in the decision-making process, stress (due to unexpected complications and medical interventions), as well as the gap between expectations and real or realised course of childbirth. A particularly negative impact on childbirth is the result of feeling powerless, not having enough social support, unmet expectations, an emergency caesarean section and other operative vaginal procedures performed at childbirth, as well as past traumatic experiences with childbirth and sexual experiences (Hinic, 2015). Hollins Martin (2014) has demonstrated that the following factors affect women's satisfaction with childbirth: being comfortable, being heard, receiving the requested pain relief therapies, cooperating well with the staff during childbirth, a feeling of independence, being well prepared, receiving minimal childbirth injuries and selecting a birth method of her own choice. Levels of satisfaction also change with the time that has passed from childbirth as birthing mothers evaluate their satisfaction differently immediately after childbirth compared to one year afterwards (Mivšek, 2007).

Nilsson and colleagues (2013) emphasise that a few years ago healthcare was more focused on complications and risks related to infants and birthing mothers, but was neglecting to consider the experiences felt by women. Childbirth is one of the most important events in a woman's life and its experience is severely individually conditioned. In order to secure a positive experience, healthcare professionals should focus more on the mental and social aspect without neglecting healthcare safety (Nilsson, et al., 2013). The psychological aspect of the childbirth experience is the focus of increasingly more research in obstetrics and midwifery. Feelings of the birthing mother and their views of the childbirth experience are essential for evaluating the success of the care. Research shows that a negative childbirth experience may have

psychological consequences such as feeling stressed and powerless, suffering from postnatal depression and posttraumatic stress syndrome (Prosen, 2016, pp. 216, 263). All these factors may also have a negative effect on the mother-child bonding and the next pregnancy, or on the decision whether to have another pregnancy (Carquillat, et al., 2016). The research conducted by Waldenström (2006) found that every tenth woman sought professional help due to her fear of childbirth. Fear is mostly the result of stories related to childbirth that women have heard or read on the internet, as well as previous traumatic childbirth experiences. Before childbirth, women are most often worried for their and their baby's health, actions of healthcare professionals, future family life and the potential need for a caesarean section or complications that might occur during this procedure (Waldenström, 2006; Nilsson, et al., 2013).

### *Factors of satisfaction with childbirth*

Satisfaction with childbirth is therefore the result of several factors. The findings of authors of various research works do not match, thus proving how individual satisfaction with childbirth is. The research conducted by Spaich and colleagues (2013) showed that women's satisfaction was most affected by the possibility to participate in deciding on the course of childbirth, getting support from a person that the birthing mother trusts and appropriate pain-relief therapy. Macpherson and colleagues (2016) have found that the most important indicator of satisfaction with childbirth is a professional approach and attitude of healthcare professionals toward the birthing mother. The other significant factor was their partner's participation in the childbirth process. According to the data by the National Institute of Public Health, the share of partners who are present at childbirth in Slovenia has been on the increase. In 2002, 60.7 % of partners were present at childbirth, but by 2015 this number had increased to 77.9 % (National Institute for Public Health, 2017). Drglin and Šimnovec (2009) have found that the support women receive from their birth partner strongly affects their level of satisfaction. Women can be accompanied by their partner, family member, a birth companion (a doula) and others. It has been demonstrated that continuing support decreases the need for analgesics, anaesthesia and procedures such as forceps or vacuum birth and caesarean section (Drglin & Šimnovec, 2009).

The research conducted by Macpherson and colleagues (2016) has shown that feeling pain or absence of analgesia only exert a negligible influence on childbirth satisfaction. On the other hand, some other authors (Hodnett, 2002; De Orange, et al., 2011) have found the contrary; that the level of satisfaction is significantly related to pain and pain relief methods. Unsatisfactory and a highly negative experience results in women being afraid, angry and in pain, which may

affect them for several years after childbirth (Hodnett, 2002; De Orange, et al., 2011), including their decision of whether or not to conceive again (Prosen, 2016).

Other authors (Nilsson, et al., 2013; Prosen, 2016) have also found that one of the major factors of childbirth experience and the created image of it being positive or negative is the support given by healthcare professionals participating in perinatal care. This support most affects how women experience childbirth, and consequently the perceived satisfaction in primiparas (Nilsson, et al., 2013; Prosen, 2016). Macpherson and colleagues (2016) have also found that the most important factors that affect the satisfaction with childbirth are individual care and continuing care. Some authors (Sršen, 2007; Bryanton, et al., 2008; Prosen, 2016) have found that the type of birth is strongly related to the childbirth experience. Bryanton and colleagues (2008) even claim this to be the decisive factor related to childbirth satisfaction.

Dimensions of satisfaction with childbirth or childbirth experience are varied and complex, which demonstrates how unique the perception of satisfaction with the childbirth experience is and how various factors affect it. Rare publications on this issue such as the research conducted by Drglin and colleagues (2007) point to the fact that measurement of women's satisfaction with childbirth in Slovenia has thus far not been sufficiently researched.

### *Aims and objectives*

The aim of the study was to find out what kind of childbirth experiences women in Slovenia have with regard to their satisfaction with the provided perinatal care. The goal of the study was to use a validated questionnaire to study or identify the factors related to women's satisfaction with childbirth. To reach the goals the following hypotheses were set:

H1: Primiparas are less satisfied with the childbirth experience than multiparas.

H2: Evaluations of satisfaction with the childbirth experience statistically significantly differ between demographic groups in terms of the level of education, age or place of residence (urban vs. rural).

H3: Professional communication between healthcare professionals and the birthing mother not only decreases her level of anxiousness, but also increases her level of satisfaction.

H4: Among birthing mothers who have had a caesarean section, primiparas are less satisfied than multiparas.

H5: Women who had a birth partner present at childbirth are more satisfied with childbirth than those who had no one present.

## **Methods**

A descriptive and exploratory non-experimental method of empirical research was used.

### *Description of the research instrument*

An online questionnaire composed of three sets was used in the study. The first set that included 12 open and closed type questions referred to social and demographic data on childbirth. The second section included the Birth Satisfaction Scale – Revised (BSS-R) questionnaire, in Slovenian '*Lestvica zadovoljstva s porodom 2*', that has been verified (Cronbach coefficient  $\alpha$  was 0.79 in the original version) and used in some similar studies (Hollins Martin, 2014; Hollins Martin & Martin, 2015). The BSS-R questionnaire is composed of 10 questions, whereby 1 is the lowest and 5 is the highest level of agreement. It is directed at the quality of healthcare (4 questions), personal characteristics of women (2 questions) and stress that women experienced during childbirth (4 questions). The last set of the questionnaire was an open question where the respondents could express their opinions or talk about their childbirth experience.

The BSS-R questionnaire was translated from English by the first author and to verify the translation corresponded with the original, it was also translated by the second author (World Health Organization, 2017) and finally both authors adjusted the Slovene text to the Slovene cultural context. The questionnaire was designed using the IKA survey tool. Before publishing the questionnaire, we conducted a pilot study, in which 10 women participated, which was conducted to evaluate the clarity and legibility of the questionnaire. According to these results, two corrections of the text were made. The Cronbach coefficient  $\alpha$  was 0.81 for the entire sample of the study for the Slovene version of the BSS-R questionnaire, which points to a high level of reliability (Takavol & Dennick, 2011). The author of the questionnaire, who also supplied instructions for using it and the analysis of results, gave written permission to use the BSS-R questionnaire (Hollins Martin, 2014).

### *Description of the research sample*

A convenience sample of women ( $n = 301$ ) who gave birth in Slovene maternity hospitals, was used. The average age of respondents was 29 years ( $s = 4.660$ ). The majority ( $n = 126, 41.9\%$ ) had secondary school qualifications. More than one half of the respondents ( $n = 161, 53.5\%$ ) lived in rural setting. Table 1 gives demographic information in great detail.

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

After the conducted pilot study the questionnaire was published in social media and some of the more popular Slovene web forums ([www.medover.net](http://www.medover.net) and [www.ringaraja.net](http://www.ringaraja.net)) between 5 and 23 February 2017.

Table 1: Demographic data of respondents  
Tabela 1: Demografski podatki o anketirankah

Demographic data/ Demografski podatki	n	%
Respondents' age (years)		
16–20	7	2.3
21–25	51	16.9
26–30	137	45.5
31–35	56	18.6
36–40	27	9.0
41–45	2	0.7
46–50	1	0.3
No answer	20	6.6
Level of qualifications		
Primary school	2	0.7
Secondary school	126	41.9
Short-cycle college	34	11.3
Professional study programmes	56	18.6
Academic study programmes	63	20.9
Masters	18	6.0
PhD	2	0.7
Place of residence		
Urban	139	46.2
Rural	161	53.5
No answer	1	0.3

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

The respondents were presented with the purpose and aim of the study. They were also assured that participation was voluntary and anonymous.

Data were analysed using the SPSS version 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). In addition to the basic descriptive statistics (frequency, minimum, maximum, median value, average and standard deviation) the Mann-Whitney U-test and Spearman correlation coefficient were also used. The considered level of statistical significance was 0.05.

## Results

Table 2 shows data on pregnancy and the course of childbirth as given by the respondents. In terms of the reasons for their choice of hospital, the respondents could select several answers. They most often chose a maternity hospital that was close to their home ( $n = 219$ , 72.8 %), multiparas also because they had already given birth there ( $n = 62$ , 20.6 %). A few women ( $n = 26$ , 8.6 %) opted for a certain maternity hospital based on other reasons: the most frequent ones were a better response in the case of complications, more qualified and professional staff, previous hospitalisation due to problems during pregnancy in that hospital, advice from a gynaecologist or previously known hospital staff and the fact that they themselves were born there. One respondent gave birth at home at her own wish.

Most respondents ( $n = 180$ , 59.8 %) were primiparas followed by women who gave birth the second time ( $n = 93$ , 30.9 %) while for 6.6 % ( $n = 20$ ) this was the third or more birth. With most ( $n = 211$ , 70.2 %) pregnancy lasted between 36 and 40 gestation weeks.

Methods and techniques of childbirth pain relief varied among the respondents: the majority ( $n = 166$ , 55 %) selected pharmacological pain relief; others ( $n = 69$ , 22.8 %) that answered the questions chose non-pharmacological pain relief. Most ( $n = 226$ , 75.1 %) birthing mothers had a partner present at birth, while 0.7 % ( $n = 2$ ) of women had a birth companion (doula) present. According to the respondents, childbirth took 4 hours on average ( $s = 6.472$ ); with 54.8 % ( $n = 165$ ) of respondents childbirth lasted less than 5 hours,

Table 2: Data related to pregnancy and childbirth  
Tabela 2: Podatki o nosečnosti in poteku poroda

Childbirth and pregnancy data/ Podatki o nosečnosti in porodu	n	%
Selection of maternity hospital		
Proximity of home	219	7.8
Recommendations by others	46	15.3
Birth options	25	8.3
Own childbirth experience	62	20.6
Good attitude by staff	31	10.3
Other	26	8.6
No answer	6	2.0
Consecutive childbirth		
First	180	59.8
Second	93	30.9
Third or more	20	6.6
No answer	8	2.7
Duration of pregnancy (gestation weeks)		
Less than 36	20	6.6
36–40 weeks	211	70.1
More than 40	62	20.6
No answer	8	2.7
Place of birth		
Maternity hospital	275	91.3
Outside the hospital	2	0.7
No answer	24	8.0
Pain relief methods		
Pharmacological	166	55.2
Non-pharmacological	69	22.9
No answer	66	21.9
Birth companion		
Partner	226	75.0
Doula	2	0.7
Other	37	12.3
No answer	36	12.0
Duration of childbirth (hours)		
Less than 5	165	54.8
6–10	59	19.6
11–15	16	5.3
16–20	6	2.0
21–25	2	0.7
More than 26	7	2.3
No answer	46	15.3
Type of birth		
Spontaneous vaginal	132	43.9
Episiotomy	36	12.0
Vacuum extraction	4	1.4
Planned caesarean section	36	12.0
Emergency caesarean section	54	17.8
Other	11	3.7
No answer	28	9.2

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

followed by 19.6 % ( $n = 59$ ) of respondents with whom childbirth took 6 to 10 hours. The most women ( $n = 132$ , 43.9 %) had a spontaneous, vaginal birth; 17.9 % ( $n = 54$ ) of respondents had an emergency caesarean section; 12 % ( $n = 36$ ) of women had a planned caesarean section; 12 % ( $n = 36$ ) of women had an episiotomy performed during vaginal birth.

The results related to women's satisfaction with childbirth and various situations related to it are depicted in Table 3. Women agreed with the statement "I came through childbirth virtually unscathed" since most ( $n = 94$ , 31.2 %) agreed with it completely (mark 4), followed by 20.9 % ( $n = 63$ ) of those that awarded mark 1. The statement "I thought my labour was excessively long" was evaluated with the lowest mark (1) by 46.2 % ( $n = 139$ ). Women agreed with the statement that healthcare professionals encouraged them towards independent decision-making, whereby the most ( $n = 93$ , 30.9 %) awarded this statement with the highest mark (5). Women did not agree with the statement that they were not anxious during childbirth: the most ( $n = 86$ , 28.6 %) awarded mark 1, followed by 20.9 % ( $n = 63$ ) of those who awarded mark 2. The biggest share of respondents ( $n = 135$ , 44.9 %) completely agreed (mark 5) that healthcare professionals provided strong mental and physical support. Also, women agreed that healthcare professionals communicated well with them during childbirth as most women ( $n = 148$ , 49.2 %) awarded this statement with mark 5. Women did not agree with the statement "I found giving birth a distressing experience": most women ( $n = 84$ , 27.9 %) awarded this statement mark 1, followed by those ( $n = 66$ , 21.9 %), who awarded this statement mark 2. They also did not agree with the statement "I felt out of control during my birth experience": 25.9 % ( $n = 78$ ) of respondents did not agree with this at all. The statement "I was not distressed at all during labour" was awarded with the lowest mark (1): 45.2 % ( $n = 136$ ) of respondents did not agree with this at all. Most women completely agreed with the last statement that the birth room was clean and

hygienic as most women ( $n = 190$ , 63.1 %) awarded this statement mark 5.

In verifying the first hypothesis that primiparas are less satisfied with the childbirth experience than multiparas, we used the Mann-Whitney U-test to establish that there is no statistically significant difference between the two average values ( $U = 6802$ ,  $p = 0.150$ ), so the hypothesis cannot be confirmed.

The second hypothesis finding out whether the selected demographic data (level of education, age, place of residence urban/rural) are linked to the level of satisfaction was tested with the Mann-Whitney U-test. The results do not show a statistically significant correlation between the variables of education and the level of satisfaction ( $U = 7493$ ,  $p = 0.317$ ), so the hypothesis that women with lower qualifications were more satisfied during childbirth than those with higher qualifications, has been rejected. We also checked whether older women were any less satisfied with childbirth than younger ones. The results of the Whitney U-test do not show any statistically significant differences ( $U = 5142$ ,  $p = 0.061$ ), so the hypothesis on the correlation between age and the level of satisfaction has also been rejected. However, statistically significant difference was confirmed in regard to place of residence and childbirth satisfaction. Women that live in the rural areas are more satisfied with childbirth than those living in urban areas ( $U = 7029$ ,  $p = 0.039$ ).

The third hypothesis related to the fact that good communication of healthcare professionals with the birthing mother results in the birthing mother being less anxious, and was tested with a Spearman's rank correlation coefficient. We have found that there is a statistically significant correlation between the variables ( $r_s = 0.397$ ,  $p = 0.000$ ), so the hypothesis has been confirmed. For the analysis of the fourth hypothesis which tested whether primiparas who had a caesarean section were less satisfied than multiparas, the Mann-Whitney U-test was used. The results showed statistically significant differences between

Table 3: *Women's satisfaction with childbirth*

Tabela 3: *Zadovoljstvo žensk s porodom*

<i>BSS-R scale/Lestvica zadovoljstva s porodom 2</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>
I came through childbirth virtually unscathed.	3.32	1.614
I thought my labour was excessively long.	2.10	1.428
The delivery room staff encouraged me to make decisions about how I wanted my birth to progress.	3.51	1.456
I felt very anxious during my labour and birth.	2.61	1.504
I felt well supported by staff during my labour and birth.	4.06	1.226
The staff communicated well with me during labour.	4.19	1.176
I found giving birth a distressing experience.	2.65	1.551
I felt out of control during my birth experience.	2.77	1.548
I was not distressed at all during labour.	2.16	1.501
The delivery room was clean and hygienic.	4.63	0.772

Legend/Legenda:  $\bar{x}$  – average/povprečje; *s* – standard deviation/standardni odklon

the variables ( $U = 430$ ,  $p = 0.001$ ), so this hypothesis can be confirmed. The last hypothesis tested whether women who had a birth partner present at childbirth are more satisfied with childbirth than those who had no one present. The Mann-Whitney U-test showed no statistically significant differences ( $U = 2841$ ,  $p = 0.730$ ), so this hypothesis can be rejected.

## Discussion

The subject of the study was factors that are related to the satisfaction of women with childbirth. Previous research has shown that women's satisfaction is particularly related to the quality of care including the support and communication of healthcare professionals, followed by participation in the decision-making process, level of stress (due to unexpected complications or medical interventions) and discrepancies between the expected and actual course of childbirth (Hinic, 2015).

The study verified how the selected demographic characteristics (age, education, place of residence) and the number and type of childbirth are linked to women's satisfaction with childbirth. Previous research has shown that the number of births is in some cases related to women's satisfaction with the birthing experience and that multiparas are more satisfied (Ferrer, et al., 2016). In our case satisfaction proved not to be the decisive factor as the results of the analysis did not show any connection between the number of births and the level of satisfaction with the childbirth experience. In the research conducted by Hollins Martin and Martin (2015) with the same measuring instrument (BSS-R) this connection was demonstrated. 228 women who had given birth no longer than 10 days ago were included in the study. It was found that multiparas who had an experience with childbirth were more satisfied than primiparas (Hollins Martin & Martin, 2015). Nilsson and colleagues (2013) think that it is very important that the experience of the first childbirth is a positive one as it affects women's self-image, positive feelings towards the child, easier adjustment to the role of the mother and the future childbirth experience.

Satisfaction with childbirth may also be connected to certain personal characteristics of a woman such as age, qualifications and place of residence. In our research the level of satisfaction is only influenced by the place of residence as women coming from the rural areas expressed a higher level of satisfaction than those that come from the urban areas. It has not been demonstrated that the respondents' level of education and age affect their level of satisfaction. Moreover, studies conducted with the same measuring instrument conducted by Hollins Martin (2014), and Hollins Martin and Martin (2015) showed that age had no effect on the level of satisfaction with childbirth.

Our research has found a strong connection between

the level of satisfaction with the childbirth experience and the attitude and communication of the healthcare professionals with the birthing woman. Some women were satisfied with the attitude of healthcare professionals, while others had negative experiences related to this. Some were so marked by the attitude of healthcare professionals and a negative childbirth experience to the extent that they were reconsidering whether or not to have another child. On the contrary, those with whom healthcare professionals established good communication, were more satisfied than others.

Communication is highly significant as women wish to know what is happening to them, which interventions will be performed and want to be thoroughly informed. Communication of healthcare professionals with the birthing woman is important also in making decisions related to pain relief therapy. Birthing mothers wish to be involved and it is important for them to receive support and advice from healthcare professionals (Nilsson, et al., 2013). In the research that included 559 Slovene birthing mothers, Mivšek (2007) found that more than one half of the respondents were not satisfied with how they were being informed about pain relief therapies. Professional communication should be established at the first contact with the birthing woman as this is the only way to successfully support her through the childbirth (Nilsson, et al., 2013). Women included in the Slovene study (Mivšek, 2007) thought that the communication of healthcare professionals was inefficient and lacking as only one half of the birthing mothers were informed about the procedures during childbirth. Many also received pain relief therapies unknowingly.

Satisfaction with childbirth in our research was also affected by the type of childbirth. We have demonstrated that primiparas who have had a caesarean section were generally less satisfied, especially those who wanted to give birth naturally. Caesarean section in multiparas is not as closely related to their levels of satisfaction since they had either had a caesarean section, which did not surprise them to a great extent, or they had given birth naturally and had experienced what most primiparas wish to experience.

A caesarean section may have a negative effect on the childbirth experience with primiparas and multiparas (Hinic, 2015). In the research conducted by Carquillat and colleagues (2016), which included 291 respondents, it was found that women who had an emergency caesarean section had many problems later. They felt as if they had failed and regretted that they had to give birth in that way. They also regretted that they had not experienced such first contact with their child that they wanted (Carquillat, et al., 2016). A similar study (Hollins Martin, 2014) where the same measuring instrument was used (BSS-R) compared the level of satisfaction between those that gave birth vaginally and those that gave birth with

a caesarean section. It was found that there were statistically significant differences between these two groups in terms of satisfaction with childbirth only in evaluating the level of anxiousness (those who gave birth vaginally were less anxious). The study conducted on birthing mothers in Scotland (also with the BSS-R questionnaire) showed that women who had a spontaneous vaginal birth were a lot more satisfied with childbirth as those who gave birth with a caesarean section (Hollins Martin & Martin, 2015).

The literature (Drglin & Šimnovc, 2009; Holloway & Kurniawan, 2010; Yuenyong, et al., 2011) mentions many positive effects of perinatal support on the birthing woman, which however, was not confirmed by our study. Also, women without the support listed in the literature as being suitable perinatal support, were satisfied with the childbirth. In addition, some birthing mothers that had such support were actually a little less satisfied with the experience of childbirth, as in some cases, the person who was present at birth proved not to be supportive. We did not predict such results since many studies show a great influence of perinatal support. Holloway and Kurniawan (2010) found in their research that nearly all respondents had the continuous support of the birth partner during childbirth. Mostly, it was their partners who were present, but some also had their parents, siblings or a grandmother present, while others were without a birth partner. Women with a birth partner used pharmacological pain relief less often and had a higher level of satisfaction with the childbirth experience (Holloway & Kurniawan, 2010). Also, Yuenyong and colleagues (2011) showed that women with additional support provided by an accompanying female person (mother, sister or female friend) reported on a shorter active labour stage, less anxiety and childbirth pain, and related higher levels of satisfaction with childbirth in general. Due to such deviations from most other studies, a more detailed study and analysis on accompanying person at childbirth would be needed.

The limitations of the present study are especially the size and random structure of the sample. Partially a limitation is also some questions, which are not precise enough, however, the questionnaire is still highly standardised and reliable. Despite these limitations, the study gives an important insight into women's satisfaction with childbirth and the childbirth experience in Slovenia. There are possibilities for further qualitative and quantitative research of this topic, such as testing and validation of various measuring instruments for measuring satisfaction. Moreover, additional research studies in certain areas of our study (e.g. communication, perinatal support, independent decision-making, detailed analysis of differences between the birthing mothers from the rural and urban settings) based on which relevant strategies related to the education of employees, including employee training, and the implementation

of new practices that have proven inappropriate, would be needed.

## Conclusion

Women's satisfaction with childbirth is difficult to measure due to its complex nature. Most scales for measuring satisfaction differ significantly. Some focus on the attitude of healthcare professionals towards the birthing woman, while others emphasise the perinatal support, the presence of pain, the environment or the first contact with the infant. To be able to measure the holistic satisfaction with childbirth, several of the mentioned parameters should be joined together. The BSS-R questionnaire used in our study emphasises the attitude of healthcare professionals towards the birthing woman, women's personalities and stress that women experienced during childbirth. The results have shown that women in Slovenia are relatively satisfied with the overall experience of childbirth in all the mentioned areas. They were most satisfied with their relationship with healthcare professionals, the possibility of making decisions and receiving information, which should also be addressed in clinical practice as satisfaction with childbirth significantly influences motherhood and consequently also the image of childbirth for other women.

---

*Slovenian translation/Prevod v slovenščino*

## Uvod

Zadovoljstvo s porodom je kompleksen pojem, na kar kažejo različne raziskave (Hodnett, 2002; De Orange, et al., 2011; Spaich, et al., 2013; Hollins Martin, 2014; Hinic, 2015; Macpherson, et al., 2016), katerih rezultati so si med seboj pogosto diametralno nasprotni. Prav tako na njegovo kompleksnost vpliva subjektivnost pri ocenjevanju obporodnega varstva. Zadovoljstvo je odvisno od različnih dejavnikov, med katere spada posameznikov življenjski stil, njegove pretekle izkušnje, pričakovanja, vrednote in osebnost ter družba, v kateri živi (Drglin, 2007). Porod je intimni, življenjski dogodek, na katerega vsaka ženska želi imeti lepe spomine. Vsaka si izoblikuje lastna pričakovanja o poteku poroda. Če so njihova pričakovanja in želje upoštevane, se zadovoljstvo s porodom zvišuje (Hollins Martin, 2014). Hinic (2015) ugotavlja, da na zadovoljstvo s porodom vplivajo: kakovost obravnave, vključno s podporo in komunikacijo zdravstvenih delavcev, možnost soodločanja, doživljen stres (zaradi nepričakovanih zapletov oz. medicinskih intervencij) ter neskladje med pričakovanji in realnim oz. uresničenim potekom poroda. Negativni vpliv na porodno izkušnjo imajo predvsem občutja nemoči, premalo socialne podpore, neizpolnjenost pričakovanj, urgentni carski rez in ostale izhodne porodniške

operacije ter pretekle travmatične izkušnje s porodom in spolnostjo (Hinic, 2015). Hollins Martin (2014) je dokazala, da na zadovoljstvo s porodom vplivajo naslednji elementi: uživati udobje, biti uslišana, prejeti zahtevana protibolečinska sredstva, dobro sodelovati z osebjem med porodom, imeti stvari v svojih rokah, biti dobro pripravljena, prejeti minimalne obporodne poškodbe in doseči želeno vrsto poroda. Občutek zadovoljstva se spreminja tudi s časom, ki je minil od poroda, saj porodnice svoje zadovoljstvo drugače vrednotijo takoj po porodu kot eno leto za tem (Mivšek, 2007).

Nilsson in sodelavci (2013) poudarjajo, da so se pred leti v zdravstvu veliko osredotočali na komplikacije in tveganja za novorojenca in porodnico, pozabljali pa so na izkušnjo, ki jo doživlja ženska. Porod je eden izmed najpomembnejših dogodkov v življenju ženske, njegova izkušnja pa je močno individualno pogojena. Da bi zagotovili kar se da pozitivno izkušnjo, se morajo zdravstveni delavci posvetiti psihosocialnemu vidiku, pri tem pa seveda ne smejo zanemariti zdravstvene varnosti (Nilsson, et al., 2013). Psihološki vidik porodne izkušnje vedno več obravnavajo tudi raziskovalci v porodništvu in babištvu. Bistvenega pomena za ocenjevanje uspešnosti obravnave so tudi občutki porodnice in njihov pogled na porodno izkušnjo. Raziskave kažejo, da so ob negativni porodni izkušnji pri ženskah zaznane psihološke posledice, kot so občutki stiske in nemoči, poporodna depresija in posttravmatski stresni sindrom (Prosen, 2016, pp. 216, 263). Vse to lahko negativno vpliva na navezovanje matere na otroka ter posledično na razvoj dojenčka, prav tako lahko vpliva tudi na naslednjo nosečnost oz. predvsem na odločitev zanjo (Carquillat, et al., 2016). V raziskavi, ki jo je opravila Waldenström (2006), je bilo ugotovljeno, da je strokovno pomoč zaradi strahu pred porodom poiskala vsaka deseta ženska. Strah se večinoma pojavi zaradi porodnih zgodb, ki jih nosečnice slišijo od drugih ali preberejo na internetu, nanj pa lahko vplivajo tudi predhodne travmatične izkušnje s porodom. Pred porodom se najbolj bojijo za svoje zdravje in zdravje otroka, dejanj zdravstvenih delavcev, kasnejšega družinskega življenja in potrebe po izvedbi carskega reza oz. komplikacij, ki se ob njegovi izvedbi lahko pojavijo (Waldenström, 2006; Nilsson, et al., 2013).

### *Dejavniki zadovoljstva s porodom*

Zadovoljstvo s porodom torej sooblikujejo različni dejavniki, pri čemer se ugotovitve avtorjev različnih raziskav med seboj ne ujemajo, kar dokazuje, kako individualno je doživljanje zadovoljstva s porodno izkušnjo. V raziskavi, ki so jo izvedli Spaich in sodelavci (2013), so z anketiranjem žensk po porodu ugotovili, da je na njihovo zadovoljstvo najbolj vplivala možnost odločanja o poteku poroda, podpora s strani nekoga, ki mu ženska zaupa, in ustrezno lajšanje bolečin.

Macpherson in sodelavci (2016) ugotavljajo, da je najpomembnejši kazalnik zadovoljstva s porodno izkušnjo profesionalni pristop in odnos zdravstvenih delavcev do porodnice. Kot drugo bistveno postavko zadovoljstva navajajo vključitev partnerja v proces poroda. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje se delež pri porodu prisotnih partnerjev v Sloveniji z leti zvišuje. Leta 2002 jih je bilo pri porodu prisotnih 60,7 %, leta 2015 je ta številka narasla na 77,9 % (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017). Drglin in Šimnovec (2009) ugotavljata močan vpliv podpore, ki jo ženske prejmejo od izbranega spremljevalca, na njihovo zadovoljstvo. Spremlja jih lahko partner/partnerka, družinski član, porodna spremljevalka (doula) ali drugi. Dokazano je, da kontinuirana podpora zmanjšuje potrebo po analgetičnih sredstvih, anesteziji in posegih, kot so kleščni in vakuumski porod ter carski rez (Drglin & Šimnovec, 2009).

Raziskava, ki so jo izvedli Macpherson in sodelavci (2016), dokazuje, da imata na zaznano zadovoljstvo s porodom bolečina in neprejemanje analgetičnih sredstev le manjši vpliv. V primerjavi z njimi nekateri drugi avtorji (Hodnett, 2002; De Orange, et al., 2011) ugotavljajo nasprotno, in sicer, da je stopnja zadovoljstva močno povezana z občutenjem bolečine in metodami lajšanja bolečin. Nezadovoljiva in zelo negativna izkušnja pri ženskah izzove občutke strahu, jeze in bolečine, kar vpliva nanje še več let po porodu (Hodnett, 2002; De Orange, et al., 2011), pri čemer lahko utrpijo drastične posledice, tudi takšne, ki vplivajo na odločitev o naslednji nosečnosti (Prosen, 2016).

Drugi avtorji (Nilsson, et al., 2013; Prosen, 2016) ugotavljajo tudi, da je eden izmed ključnih dejavnikov, ki vplivajo na doživljanje poroda in ustvarjeno podobo pozitivne oz. negativne porodne izkušnje, podpora zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo v obporodni obravnavi. Ta podpora najbolj zaznamuje doživljanje poroda in posledično zaznano zadovoljstvo pri prvorođnicah (Nilsson, et al., 2013; Prosen, 2016). Macpherson in sodelavci (2016) so ugotovili, da sta bila najpomembnejša dejavnika, ki sta vplivala na zadovoljstvo s porodno izkušnjo, prav individualna obravnava in kontinuirana skrb. Nekateri avtorji (Sršen, 2007; Bryanton, et al., 2008; Prosen, 2016) ugotavljajo, da je tudi vrsta poroda močno povezana z zaznano porodno izkušnjo. Bryanton in sodelavci (2008) celo pravijo, da naj bi bil to najbolj ustrezen napovedovalec zadovoljstva s porodom.

Dimenzije zadovoljstva s porodom oz. porodno izkušnjo so očitno raznovrstne in zapletene, kar dokazuje, kako edinstveno je zaznavanje zadovoljstva s porodno izkušnjo in delovanje različnih dejavnikov na le-to. Področje merjenja zadovoljstva žensk s porodno izkušnjo v Sloveniji ni dovolj raziskano, na kar kažejo do sedaj le redke objave, npr. objava raziskave Drglin in sodelavcev (2007).

## Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšne so porodne izkušnje žensk v Sloveniji z vidika zadovoljstva z nudeno obporodno obravnavo. Cilj raziskave je bil s pomočjo validiranega vprašalnika preučiti oz. identificirati dejavnike, ki so povezani z zadovoljstvom žensk s porodom. Za doseg tako zastavljenih ciljev so bile postavljene naslednje hipoteze:

H1: Prvorodnice so s porodno izkušnjo manj zadovoljne kot mnogorodnice.

H2: Ocene zaznanega zadovoljstva s porodno izkušnjo se med posameznimi demografskimi skupinami glede na stopnjo izobrazbe, starost oz. kraj bivanja (mesto ali podeželje) statistično pomembno razlikujejo.

H3: Profesionalna komunikacija zdravstvenih delavcev v interakciji s porodnico zmanjšuje njeno zaskrbljenost in povečuje njeno zadovoljstvo.

H4: Med porodnicami, pri katerih je porod dokončan s carskim rezom, so prvorodnice manj zadovoljne kot mnogorodnice.

H5: Ženske, pri katerih je bil med porodom prisoten spremljevalec/spremljevalka, so s porodno izkušnjo bolj zadovoljne kot tiste brez spremljevalca/spremljevalke.

## Metode

Uporabljena je bila opisna in eksplorativna neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja.

### Opis instrumenta

V raziskavi je bil uporabljen spletni anketni vprašalnik, sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop, ki je vključeval 12 vprašanj odprtega in zaprtega tipa, se je nanašal na socialnodemografske podatke in podatke o porodu. Drugi sklop je vključeval vprašalnik Birth Satisfaction Scale – Revised (BSS-R), v slovenskem prevodu Lestvica zadovoljstva s porodom 2, ki je preverjen (Cronbachov koeficient alfa je v originalni verziji vprašalnika dosegel vrednost 0,79) in že uporabljen v podobnih raziskavah (Hollins Martin, 2014; Hollins Martin & Martin, 2015). Vprašalnik BSS-R je sestavljen iz 10 vprašanj, pri katerih je za vrednotenje zadovoljstva uporabljena petstopenjska lestvica strinjanja, kjer 1 pomeni najnižjo in 5 najvišjo stopnjo strinjanja. Usmerjen je na kakovost zdravstvene oskrbe (4 vprašanja), osebne značilnosti žensk (2 vprašanja) in stres, ki so ga ženske doživele med porodom (4 vprašanja). Zadnji sklop vprašalnika je predstavljalo odprto vprašanje, kjer so anketiranke lahko izrazile svoje mnenje oz. zaupale svojo porodno izkušnjo.

Vprašalnik BSS-R je prva avtorica iz angleščine prevedla v slovenščino, za namen preverjanja skladnosti z izvirnikom ga je nato drugi avtor ponovno prevedel v angleščino (World Health Organization, 2017), končno slovensko besedilo sta avtorja prilagodila slovenskemu kulturnemu kontekstu. Pred objavo vprašalnika, oblikovanega s pomočjo orodja 1KA, sta na podlagi

ugotovitev pilotne študije, v kateri je sodelovalo 10 žensk in je bila izvedena z namenom oceniti jasnost in razumljivost vprašalnika, narejena dva popravka besedila. Cronbachov koeficient alfa je za slovensko verzijo vprašalnika BSS-R pri celotnem vzorcu raziskave znašal 0,81, kar kaže na visoko stopnjo zanesljivosti (Takavol & Dennick, 2011). Uporabo vprašalnika BSS-R je pisno dovolila avtorica vprašalnika (Hollins Martin, 2014), ki je posredovala tudi navodila za njegovo uporabo in analizo rezultatov.

### Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen priložnostni vzorec žensk ( $n = 301$ ), ki so v letu 2016 rodile v slovenskih porodnišnicah. Povprečna starost anketirank je bila 29 let ( $s = 4,660$ ). Največ ( $n = 126$ , 41,9 %) jih je zaključilo srednješolsko izobraževanje. Več kot polovica anketirank ( $n = 161$ , 53,5 %) je prihajala s podeželja. Podrobnejše demografske podatke prikazuje Tabela 1.

Tabela 1: Demografski podatki o anketirankah  
Table 1: Respondents demographic data

Demografski podatki/ Demographic data	n	%
Starost anketiranih (v letih)		
16–20	7	2,3
21–25	51	16,9
26–30	137	45,5
31–35	56	18,6
36–40	27	9,0
41–45	2	0,7
46–50	1	0,3
ni odgovora	20	6,6
Stopnja dosežene izobrazbe		
osnovna šola	2	0,7
srednja šola	126	41,9
višja šola	34	11,3
visoka šola	56	18,6
univerzitetna izobrazba	63	20,9
magisterij	18	6,0
doktorat	2	0,7
Kraj bivanja		
mesto	139	46,2
podeželje	161	53,5
ni odgovora	1	0,3

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

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po izvedeni pilotni študiji je bil vprašalnik med 5. in 23. februarjem 2017 objavljen na družbenih omrežjih, tudi na nekaterih bolj obiskanih slovenskih spletnih forumih (www.medover.net in www.ringaraja.net). Sodelujočim v raziskavi so bili predstavljeni namen in cilji raziskave ter poudarjena prostovoljnost sodelovanja z zagotovljeno anonimnostjo izpolnjevanja.

Podatki so bili analizirani s programom SPSS verzija 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Poleg



osnovne deskriptivne statistike (frekvenca, minimum, maksimum, srednja vrednost, povprečje in standardni odklon) sta bila v analizi uporabljena tudi Mann-Whitneyev U-test in Spearmanov koeficient korelacije. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila 0,05.

## Rezultati

Tabela 2 prikazuje podatke o nosečnosti in poteku poroda, ki so jih podale anketirane. Pri razlogih za

Tabela 2: Podatki o nosečnosti in poteku poroda  
Table 2: Data related to pregnancy and labour

Podatki o nosečnosti in porodu/ Labour and pregnancy data	n	%
Izbira porodnišnice		
bližina doma	219	72,8
priporočila drugih	46	15,3
možnosti rojevanja	25	8,3
tamkajšnja lastna porodna izkušnja	62	20,6
dober odnos osebja	31	10,3
drugo	26	8,6
ni odgovora	6	2,0
Zaporedni porod		
prvi	180	59,8
drugi	93	30,9
tretji ali več	20	6,6
ni odgovora	8	2,7
Trajanje nosečnosti (v tednih gestacije)		
manj kot 36	20	6,6
36–40	211	70,1
več kot 40	62	20,6
ni odgovora	8	2,7
Kraj poroda		
porodnišnica	275	91,3
izven porodnišnice	2	0,7
ni odgovora	24	8,0
Metode lajšanja bolečin		
farmakološko	166	55,2
nefarmakološko	69	22,9
ni odgovora	66	21,9
Porodni spremljevalec/-ka		
partner	226	75,0
doula	2	0,7
drugo	37	12,3
ni odgovora	36	12,0
Trajanje poroda (v urah)		
manj kot 5	165	54,8
6–10	59	19,6
11–15	16	5,3
16–20	6	2,0
21–25	2	0,7
več kot 26	7	2,3
ni odgovora	46	15,3
Tip poroda		
spontani vaginalni	132	43,9
epiziotomija	36	12,0
vakuumski porod	4	1,4
načrtovani carski rez	36	12,0
urgentni carski rez	54	17,8
drugo	11	3,7
ni odgovora	28	9,2

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

izbiro porodnišnice so anketirane lahko izbrale več ponujenih odgovorov. Porodnišnico so najpogosteje izbrale zaradi bližine doma ( $n = 219$ , 72,8 %), mnogorodnice tudi zaradi dejstva, da so tam že rodile ( $n = 62$ , 20,6 %). Nekaj žensk ( $n = 26$ , 8,6 %) se je za porodnišnico odločilo na podlagi drugih razlogov; med najpogostejšimi so navedle boljše ukrepanje ob pojavu zapletov, bolj usposobljeno in strokovno osebje, tamkajšnja predhodno hospitalizacijo zaradi težav v nosečnosti, nasvet ginekologa ali poznanega zdravstvenega osebja in razlog, da so se tam rodile tudi same. Ena izmed anketirank je na svojo željo rodila doma.

Največ anketirank ( $n = 180$ , 59,8 %) je bilo prvorodnic, sledijo drugorodnice ( $n = 93$ , 30,9 %), za 6,6 % ( $n = 20$ ) žensk je bil to tretji porod ali več. Pri večini ( $n = 211$ , 70,2 %) je nosečnost trajala med 36 in 40 tednov gestacije. Metode in tehnike lajšanja porodne bolečine so bile med anketirankami raznolike: največ ( $n = 166$ , 55 %) jih je izbralo farmakološko lajšanje bolečin; preostale ( $n = 69$ , 22,8 %), ki so odgovorile na vprašanje, so izbrale nefarmakološke oblike lajšanja bolečin. Pri porodu je bil pri večini ( $n = 226$ , 75,1 %) porodnic prisoten partner, porodno spremljevalko (doulo) je imelo le 0,7 % ( $n = 2$ ) žensk. Povprečno je porod, po oceni anketirank, trajal 4 ure ( $s = 6,472$ ); pri 54,8 % ( $n = 165$ ) anketirankah je porod trajal manj kot 5 ur; sledi 19,6 % ( $n = 59$ ) anketirank, pri katerih je porod trajal 6 do 10 ur. Največ ( $n = 132$ , 43,9 %) žensk je rodilo spontano, vaginalno; pri 17,9 % ( $n = 54$ ) anketiranih je bil opravljen urgentni carski rez; pri 12 % ( $n = 36$ ) žensk načrtovani carski rez; pri 12 % ( $n = 36$ ) žensk je bila pri vaginalnem porodu opravljena epiziotomija.

Rezultati zadovoljstva žensk s porodom in različnimi situacijami, ki ga spremljajo, so prikazani v Tabeli 3. S trditvijo »Rodila sem praktično brez kakršnihkoli porodnih poškodb« so se ženske strinjale, saj se jih je največ ( $n = 94$ , 31,2 %) s tem popolnoma strinjalo (ocena 5), sledi pa jim 20,9 % ( $n = 63$ ) tistih, ki so podale oceno 1. Trditev »Menim, da je porod absolutno predolgo potekal« je 46,2 % ( $n = 139$ ) žensk ocenilo z najnižjo oceno (1). Ženske so se strinjale s trditvijo, da so jih zdravstveni delavci med porodom spodbujali k samostojnemu odločanju, pri čemer jih je največ ( $n = 93$ , 30,9 %) to trditev ocenilo z najvišjo oceno (5). S trditvijo, da so bile med porodom zelo zaskrbljene, se ženske niso strinjale: največ ( $n = 86$ , 28,6 %) jih je podalo oceno 1, sledi pa jim 20,9 % ( $n = 63$ ) tistih, ki so podale oceno 2. Največji delež anketirank ( $n = 135$ , 44,9 %) se je popolnoma strinjal (ocena 5) s tem, da so jim zdravstveni delavci v času poroda nudili močno psihofizično podporo. Prav tako so se ženske strinjale s tem, da so zdravstveni delavci med porodom z njimi vzpostavili dobro komunikacijo, saj je njihov največji del ( $n = 148$ , 49,2 %) tej trditvi namenil oceno 5. Ženske se niso strinjale s trditvijo »Porod je bil zame stresna izkušnja«: največ ( $n = 84$ , 27,9 %) žensk je tej trditvi

Tabela 3: Zadovoljstvo žensk s porodom  
Table 3: Women's satisfaction with childbirth

Lestvica zadovoljstva s porodom 2/BSS-R scale	$\bar{x}$	s
Rodila sem praktično brez kakršnihkoli porodnih poškodb.	3,32	1,614
Menim, da je porod absolutno predolgo potekal.	2,10	1,428
Zdravstveni delavci so me med porodom spodbujali k samostojnemu odločanju.	3,51	1,456
Med porodom sem bila zelo zaskrbljena.	2,61	1,504
Čutila sem, da so me zdravstveni delavci v času poroda močno podpirali.	4,06	1,226
Med porodom so zdravstveni delavci z mano vzpostavili dobro komunikacijo.	4,19	1,176
Porod je bil zame stresna izkušnja.	2,65	1,551
Med porodom sem imela občutek, da nimam nadzora nad dogajanjem.	2,77	1,548
Med porodom nisem čutila nobenih bolečin.	2,16	1,501
Porodna soba je bila čista in urejena.	4,63	0,772

Legenda/Legend:  $\bar{x}$  – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation

prispisala oceno 1, sledijo jim tiste ( $n = 66$ , 21,9 %), ki so trditev ocenile z oceno 2. Prav tako se niso strinjale s trditvijo »Med porodom sem imela občutek, da nimam nadzora nad dogajanjem«: s tem se nikakor ni strinjalo (ocena 1) 25,9 % ( $n = 78$ ) anketirank. Najslabše so anketiranke ocenile trditev »Med porodom nisem čutila nobenih bolečin«: s tem se nikakor ni strinjalo (ocena 1) 45,2 % ( $n = 136$ ) anketirank. Z zadnjo trditvijo, da je bila porodna soba čista in urejena, pa so se ženske popolnoma strinjale, saj jih je večina ( $n = 190$ , 63,1 %) trditev ocenila z oceno 5.

Pri testiranju prve hipoteze, ki pravi, da so prvorodnice s porodno izkušnjo manj zadovoljne kot mnogorodnice, smo z uporabo Mann-Whitneyevega U-testa ugotovili, da med povprečnima vrednostma ni statistično pomembne razlike ( $U = 6802$ ,  $p = 0,150$ ), zato hipoteze ne moremo sprejeti.

Tudi drugo hipotezo, pri kateri smo ugotavljali, kako so izbrani demografski podatki (stopnja izobrazbe, starost, kraj bivanja mesto/podeželje) povezani z zadovoljstvom, smo testirali s pomočjo Mann-Whitneyevega U-testa. Statistično pomembne povezanosti med spremenljivkama izobrazba in stopnja zadovoljstva rezultati ne kažejo ( $U = 7493$ ,  $p = 0,317$ ), zato predpostavke, da so ženske z nižjo izobrazbo s porodom bolj zadovoljne kot tiste z višjo izobrazbo, ne sprejmemo. Preverjali smo tudi, ali so starejše ženske s porodom manj zadovoljne kot mlajše. Rezultati Mann-Whitneyevega U-testa statistično pomembnih razlik med spremenljivkama ne kažejo ( $U = 5142$ ,  $p = 0,061$ ), zato predpostavke o povezavi starosti in stopnje zadovoljstva, ne sprejmemo. S statistično značilno povezavo pa smo potrdili, da so ženske, ki živijo na podeželju, s porodom bolj zadovoljne kot tiste, ki prihajajo iz mesta ( $U = 7029$ ,  $p = 0,039$ ), zato lahko ta del hipoteze sprejmemo.

Tretjo hipotezo o tem, da dobra komunikacija zdravstvenih delavcev s porodnico zmanjšuje njeno zaskrbljenost, smo testirali s pomočjo Spearmanovega koeficienta korelacije ranga. Ugotovili smo, da med spremenljivkama obstaja zmerna statistična povezanost

( $r_s = 0,397$ ,  $p = 0,000$ ), zato smo hipotezo sprejeli. Za analizo četrte hipoteze, kjer smo ugotavljali, ali so med porodicami z izkušnjo carskega reza prvorodnice manj zadovoljne kot mnogorodnice, smo uporabili Mann-Whitneyev U-test. Rezultati so pokazali obstoj statistično pomembnih razlik med spremenljivkama ( $U = 430$ ,  $p = 0,001$ ), zato hipotezo lahko sprejmemo. Zadnja hipoteza pravi, da so ženske, ki so med porodom imele spremljevalca, s porodno izkušnjo bolj zadovoljne kot tiste brez spremljevalca. Mann-Whitneyev U-test pri tem ni pokazal statistično pomembnih razlik ( $U = 2841$ ,  $p = 0,730$ ), zato hipotezo lahko zavrnamo.

## Diskusija

V raziskavi smo se ukvarjali s preučevanjem dejavnikov, ki so povezani z zadovoljstvom žensk s porodom. Predhodne raziskave kažejo, da je z zadovoljstvom žensk povezana predvsem kakovost obravnave, vključno s podporo in komunikacijo zdravstvenih delavcev, sledijo možnost soodločanja, stopnja doživljenega stresa (zaradi nepričakovanih zapletov oz. medicinskih intervencij) ter neskladje med pričakovanim in realnim oz. uresničenim potekom poroda (Hinic, 2015).

V raziskavi smo preverjali, kako so izbrane demografske značilnosti (starost, izobrazba, kraj bivanja) ter število in vrsta poroda povezani z zadovoljstvom žensk s porodno izkušnjo. Predhodne raziskave ugotavljajo, da je število porodov v nekaterih primerih povezano z zadovoljstvom s porodno izkušnjo, zadovoljnejše so mnogorodnice (Ferrer, et al., 2016). V našem primeru se je izkazalo, da za zadovoljstvo to ni bil odločilen dejavnik, saj rezultati analize niso pokazali povezanosti med številom porodov in stopnjo zadovoljstva s porodno izkušnjo. V raziskavi, ki sta jo z istim merskim instrumentom (BSS-R) opravila Hollins Martin in Martin (2015), je bila ta povezava dokazana. V njihovo raziskavo je bilo vključenih 228 žensk, pri katerih od poroda ni minilo več kot 10 dni. Ugotovili so, da so mnogorodnice s porodno izkušnjo bile bolj zadovoljne kot prvorodnice

(Hollins Martin & Martin, 2015). Nilsson in sodelavci (2013) pravijo, da je zelo pomembno, da je izkušnja prvega poroda za žensko pozitivna, saj to vpliva na samopodobo žensk po porodu, pozitivne občutke do otroka, lažjo prilagoditev na vlogo matere in na naslednjo porodno izkušnjo.

Zadovoljstvo s porodom je lahko povezano tudi z določenimi osebnimi značilnostmi žensk, kot so starost, izobrazba in kraj bivanja. Izmed teh treh dejavnikov je s stopnjo zadovoljstva s porodom v naši raziskavi povezan le kraj bivanja, in sicer so ženske, ki prihajajo s podeželja, navajale višje zadovoljstvo kot tiste, ki prihajajo iz mesta. Pri stopnji izobrazbe in starosti anketirank povezava s stopnjo njihovega zadovoljstva ni bila dokazana. Ravno tako v raziskavah, izvedenih z istim merskim instrumentom, ki so jih opravili Hollins Martin (2014) ter Hollins Martin in Martin (2015), ugotavljajo, da starost ne vpliva na stopnjo zadovoljstva s porodom.

V naši raziskavi smo pri anketirankah ugotovili močno povezavo med stopnjo zadovoljstva s porodno izkušnjo ter odnosom in komunikacijo zdravstvenih delavcev s porodnico. Nekatere so bile z odnosom zdravstvenih delavcev zadovoljne, spet druge pa prav glede tega navajajo negativne izkušnje. Nekatere je njihov odnos in negativna porodna izkušnja celo tako zaznamovala, da razmišljajo o tem, če si sploh še želijo še kakšnega otroka. Tiste, s katerimi so zdravstveni delavci vzpostavili dobro komunikacijo, so bile s porodom bolj zadovoljne kot ostale.

Komunikacija je zelo pomembna, saj si ženske želijo vedeti, kaj se z njimi dogaja in katere intervencije bodo izvedene, skratka želijo biti obveščene. Komunikacija zdravstvenih delavcev s porodnico je pomembna tudi pri odločanju o prejetih protibolečinskih sredstvih. Porodnice pri tem vsekakor želijo sodelovati, pomembno pa je tudi, da dobijo vso podporo in nasvete zdravstvenih delavcev (Nilsson, et al., 2013). Mivšek (2007) je v raziskavi, v katero je bilo vključenih 559 slovenskih porodnic, ugotovila, da več kot polovica anketiranih ni bila zadovoljna z obveščanjem o različnih možnostih lajšanja bolečin. Dobro komunikacijo je treba vzpostaviti že ob prvem stiku s porodnico, saj le-to samo tako lahko nadaljujemo in porodnico uspešno spremljamo skozi porod (Nilsson, et al., 2013). Ženske, vključene v slovensko raziskavo (Mivšek, 2007), so bile mnenja, da je bila komunikacija zdravstvenih delavcev neučinkovita in pomanjkljiva, saj je bila s postopki med porodom seznanjena le polovica porodnic. Veliko jih je tudi brez lastne vednosti prejelo protibolečinska sredstva.

Zadovoljstvo s porodom je v naši raziskavi sooblikovala tudi vrsta poroda. Dokazali smo, da so prvorodnice z izvedbo carskega reza načeloma manj zadovoljne, sploh tiste, ki so si močno želele roditi na naraven način. Izvedba carskega reza pri mnogorodnicah z njihovim zadovoljstvom ni toliko povezana, saj so bodisi že imele kakšen carski rez in jih ta ni toliko presenetil ali pa so

že rodile na naraven način in so že doživele tisto, kar si večina prvorodnic želi.

Carski rez ima lahko na porodno izkušnjo, tako za prvorodnice kot tudi mnogorodnice, negativen vpliv (Hinic, 2015). V raziskavi, ki so jo opravili Carquillat in sodelavci (2016) z 291 anketirankami, so ugotovili, da so imele ženske, ki so rodile z urgentnim carskim rezom veliko težav tudi kasneje. Počutile so se, kot da jim je spodletelo, in so obžalovale, da so morale roditi na ta način. Žal jim je bilo tudi, da niso doživele takšnega prvega stika z otrokom, kot so si ga želele (Carquillat, et al., 2016). V podobni raziskavi (Hollins Martin, 2014) so z istim merskim instrumentom (BSS-R) ugotavljali, kako se ocenjevanje zadovoljstva razlikuje med tistimi, ki so rodile normalno vaginalno, in tistimi, ki so rodile s carskim rezom. Ugotovili so, da so med tema dvema skupinama glede zadovoljstva s porodom statistično pomembne razlike samo pri ocenjevanju zaskrbljenosti (tiste, ki so rodile normalno vaginalno, so bile zaradi poroda manj zaskrbljene). Raziskava, opravljena pri porodnicah na Škotskem (prav tako z vprašalnikom BSS-R), pa je pokazala, da so bile ženske, ki so rodile spontano vaginalno, s porodom mnogo bolj zadovoljne, kot tiste, ki so rodile s carskim rezom (Hollins Martin & Martin, 2015).

Literatura (Drglin & Šimnovec, 2009; Holloway & Kurniawan, 2010; Yuenyong, et al., 2011) navaja mnogo pozitivnih učinkov obporodne podpore na porodnico, kar pa v naši raziskavi ni bilo potrjeno. S porodom so bile zadovoljne tudi porodnice brez podpore, ki je sicer v literaturi navajana kot primerna obporodna podpora. Prav tako so bile tudi nekatere med porodnicami, ki so tako podporo sicer imele, z izkušnjo poroda le manj zadovoljne – v nekaterih primerih se ob porodu prisotna oseba namreč ne izkaže v podporo. Takih rezultatov nismo predvidevali, saj za obporodno podporo veliko raziskav dokazuje velik vpliv. Holloway in Kurniawan (2010) sta v svoji raziskavi ugotovila, da so skoraj vse anketiranke med porodom imele konstantno oporo spremljevalca. Večinoma so bili prisotni njihovi partnerji, nekatere so ob sebi imele svoje starše, sorojence, prijatelje ali babico, nekaj pa jih je bilo tudi brez spremljevalca. Ženske s spremljevalcem so veliko manj posegale po farmakološkem lajšanju bolečin, navedle pa so tudi višje zadovoljstvo s porodno izkušnjo kot ostale (Holloway & Kurniawan, 2010). Tudi Yuenyong in sodelavci (2011) so dokazali, da so ženske z oporo spremljevalke (mama, sestra ali prijateljica) navedle krajšo fazo aktivnega poroda, manj tesnobe in porodnih bolečin ter s tem povezano višje zadovoljstvo s porodom. Zaradi takšnih odstopanj od večine tujih raziskav, bi bilo treba narediti bolj podrobno raziskavo in analizo o spremljevalcih pri porodu v našem okolju.

Izpostaviti moramo tudi omejitve raziskave, ki se kažejo predvsem zaradi uporabljenega vzorca, tako njegove velikosti kot tudi priložnostne strukture. Deloma omejitev predstavljajo tudi posamezna ne zelo podrobno zastavljena vprašanja uporabljenega vprašalnika,

vendar gre kljub vsemu za standardiziran in visoko zanesljiv vprašalnik. Kljub tem omejitvam raziskava daje pomemben vpogled v zadovoljstvo žensk s porodom in porodno izkušnjo v Sloveniji. Odprte so možnosti za nadaljnje kvalitativne ali kvantitativne raziskave omenjene tematike, tudi npr. za preizkušanje in validacijo različnih merskih instrumentov merjenja zadovoljstva. Potrebne bi bile tudi dodatne raziskave za posamezna področja v naši raziskavi (npr. komunikacija, obporodna podpora, avtonomija odločanja, podrobnejša analiza razlik med porodnicami s podeželja oz. mesta), na podlagi katerih bi lahko izoblikovali ustrezne strategije, usmerjene bodisi v izobraževanje in usposabljanje zaposlenih bodisi v spreminjanje nekaterih praks, ki bi se ali so se morda že izkazale kot neustrezne.

## Zaključek

Zadovoljstvo s porodom je zaradi svoje kompleksnosti težko merljivo. Večina lestvic za merjenje zadovoljstva se med seboj pomembno razlikuje. Nekatere se osredotočajo na odnos zdravstvenih delavcev do porodnice, spet drugi v ospredje postavljajo obporodno podporo, bolečino, okolje ali prvi stik z novorojenčkom. Če želimo vsaj do neke mere izmeriti celostno zadovoljstvo s porodom, moramo skupaj združiti več izmed naštetih parametrov zadovoljstva. Vprašalnik BSS-R, ki smo ga uporabili v naši raziskavi, izpostavlja predvsem odnos zdravstvenih delavcev do porodnice, osebne lastnosti žensk in stres, ki so ga ženske doživele med porodom. Ugotovitve kažejo, da so na vseh omenjenih področjih ženske v Sloveniji s svojo porodno izkušnjo relativno zadovoljne. V ospredju so bili njihovi medosebni odnosi z zdravstvenimi delavci, možnost odločanja, profesionalna komunikacija in posredovanje informacij, kar bi veljajo ustrezno nasloviti tudi v klinični praksi, saj zadovoljstvo s porodno izkušnjo pomembno oblikuje prehod v materinstvo in posledično vpliva na predstavo o porodu in porodni izkušnji pri drugih ženskah.

## Conflict of interest/Nasprotje interesov

The authors declare that no conflicts of interest exist./Avtorja 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, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

## Author contributions/Prispevek avtorjev

The first author conducted the research and prepared the first draft of the article. The co-author contributed in drafting the methodological concept of the research, prepared a critical review of the article and completed the final version of the article./Prva avtorica je opravila raziskavo in pripravila prvi osnutek članka. Soavtor je sodeloval pri metodološki zasnovi raziskave, opravil kritični pregled osnutka in dopolnil končno različico članka.

## Literature/Literatura

Bryanton, J., Gagnon, J.A., Johnston, C. & Hatem, M., 2008. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), pp. 24–28.

<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x>

PMid:18226154

Carquillat, P., Boulvain, M. & Guittier, J.M., 2016. How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? *Midwifery*, 43, pp. 22, 24–25.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.002>

PMid:27825057

De Orange, F.A., Passini, R., Melo, S.O.A., Katz, L., Coutinho, C.I. & Amorim, M.R.M., 2011. Combined spinal-epidural anesthesia and non-pharmacological methods of pain relief during normal childbirth and maternal satisfaction: a randomized clinical trial. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(1), pp. 114–116.

Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H. & Berg, M., 2010. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(81), pp. 2–7.

<https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-81>

Drglin, Z. & Šimnovec, I., 2009. *Deset korakov do odličnih obporodnih storitev Mama Otrok*. Available at:

[http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci\\_in\\_slovene.pdf](http://imbco.weebly.com/uploads/8/0/2/6/8026178/imbci_in_slovene.pdf) [22. 2. 2017].

Drglin, Z., 2007. *Rojstna masinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper, pp. 73–74, 93.

Ferrer, C.B.M., Jordana, C.M., Meseguer, B.C., Garcia, C.C. & Roche, M.E., 2016. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*, 6(8), p. 3.

<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011362>

PMid: 27566632; PMCid: PMC5013466

- Gorenak, I. & Goričan, A., 2011. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvu: primer zdravstvenega doma Šmarje pri Jelšah. *Zdravstveno Varstvo*, 50(3), pp. 175–184.
- Hinic, K.A., 2015. *The relationships among perceived stress, birth satisfaction, and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women: doktorska naloga*. South Orange: Seton Hall University, College of Nursing, pp. 59–60.
- Hodnett, E.D., 2002. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), pp. 160, 170.
- Hollins Martin, C.J., 2014. The Birth Satisfaction Scale (BSS). *Midwifery Matters*, 141, pp. 3–5.
- Hollins Martin, C.J & Martin, R.C., 2015. A survey of women's birth experiences in Scotland using the Birth Satisfaction Scale (BSS). *European Journal for Person Centered Healthcare*, 4(3), pp. 480–484.  
<https://doi.org/10.5750/ejpc.v3i4.1019>
- Holloway, A. & Kurniawan, S., 2010. *How we prepare: childbirth preparation methods and their effects on satisfaction and labor outcomes*. Available at:  
<https://www.soe.ucsc.edu/sites/default/files/technical-reports/UCSC-SOE-10-34.pdf> [2. 3. 2017].
- 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.
- Macpherson, I., Roqué-Sánchez, V.M., Legget, F.O. & Segarra, I., 2016. A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariate analysis of maternal satisfaction. *Midwifery*, 41, pp. 75–76.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.08.003>  
PMid:27551856
- Milivojević, Z., 2010. *Čustveno opismenjevanje: sreča in zadovoljstvo*. Available at:  
<http://www.viva.si/Psihologija-in-odnosi/2221/%C4%8Custveno-opismenjevanje-sre%C4%8Da-in-zadovoljstvo> [12. 1. 2017].
- Mivšek, P.A., 2007. Slovenske ženske v pričakovanju: sprijaznjenje in pasivne ali aktivne in zadovoljne uporabnice obporodnega zdravstvenega varstva. In: Z. Drglin, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper, pp. 73–74, 93.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. *Prisotnost očeta pri porodu po statističnih regijah, Slovenija, letno po spremenljivkah: porodnice, leto, statistična regija*. Available at:  
[https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal\\_3%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva\\_3b%20Porodi%20in%20rojstva/PIS\\_TB\\_4.px/table/tableViewLayout2/?rxid=c7721b98-4898-4f2d-87ec-4de4abcfaeae](https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal_3%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva_3b%20Porodi%20in%20rojstva/PIS_TB_4.px/table/tableViewLayout2/?rxid=c7721b98-4898-4f2d-87ec-4de4abcfaeae) [22. 3. 2017].
- Nilsson, L., Thorsell, T., Wahn, E.H. & Ekström, A., 2013. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*, art. ID 349124, pp. 1–6.  
<https://dx.doi.org/10.1155/2013/349124>  
PMid:24175090; PMCID:PMC3793576
- Prosen, M., 2016. *Medikalizacija nosečnosti in poroda kot družbena konstrukcija: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta, pp. 203–207, 216, 263.
- Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschy, B., Sütterlin, M., et al., 2013. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170, pp. 403, 405.
- Sršen, P.T., 2007. Porod: pričakovanja in možnosti. In: Z. Drglin, ed. *Rojstna mašinerija: Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper, pp. 192–193.
- Takavol, M. & Dennick, R., 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2011(2), pp. 53–55.
- Waldenström, U., Hildingsson, I. & Ryding, L., 2006. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 13(6), pp. 644–645.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00950.x>
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>  
PMid:24141714
- World Health Organization, 2017. *Process of translation and adaptation of instruments*. Available at:  
[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/). [13. 7. 2017].
- Yuenyong, S., O'Brien, B. & Jirapeet, V., 2011. Effects of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a thai setting. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(45–46), pp. 50–52.

Cite as/Citirajte kot:

Menhart, L. & Prosen, M., 2017. Women's satisfaction with the childbirth experience: a descriptive research. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 298–311. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.189>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Starizem v zdravstvenih ustanovah Ageism in healthcare institutions

Amadeus Lešnik, Jožefa Tomažič

**Ključne besede:** diskriminacija; predsodki; starostniki; zdravstveni delavci

**Key words:** discrimination; prejudice; elderly; healthcare professionals

dr. Amadeus Lešnik, mag. zdr. nege; Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija

Kontaktne e-naslov/  
Correspondence e-mail:  
lesnik.amadeus@triera.net

pred. mag. Jožefa Tomažič, viš. med. ses., univ. dipl. org.; Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija, in Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

### IZVLEČEK

**Uvod:** Starizem izhaja iz predsodkov in stereotipov o lastnostih, ki jih na podlagi kronološke starosti pripisujemo starostnikom. Namen raziskave je bil ugotoviti, ali starostniki v kliničnem okolju doživljajo starizem in v kolikšni meri jih le-ta prizadene.

**Metode:** Opisna kvantitativna raziskava je bila izvedena v zdravstveni ustanovi na priložnostnem vzorcu 132 starostnikov, starih od 65 do 90 let. Uporabljen je bil na podlagi pregleda literature zasnovan vprašalnik z 11 vprašanji zaprtega tipa. Prisotnost starizma in stopnja prizadetosti je bila merjena s tristopenjsko številsko lestvico. Za opis vzorca in sistematičen prikaz odgovorov na raziskovalna vprašanja je bila uporabljena deskriptivna univariatna in bivariatna (hi-kvadrat test za neodvisne vzorce) analiza.

**Rezultati:** Skupno je bilo zaznanih 319 diskriminatornih dogodkov. Od 132 anketiranih je najmanj en diskriminatorni dogodek doživelo 91 (69,0 %) starostnikov. Med slednjimi se je 40 (44,0 %) starostnikov počutilo vsaj enkrat prizadeto in 23 (25,2 %) vsaj enkrat zelo prizadeto. Pri zaznavanju prizadetosti statistično pomembne razlike med skupinami glede na spol ( $\chi^2 = 13,554$ ,  $p = 0,825$ ), izobrazbo ( $\chi^2 = 20,807$ ,  $p = 0,409$ ) in starost ( $\chi^2 = 19,328$ ,  $p = 0,501$ ) nismo ugotovili.

**Diskusija in zaključek:** Raziskava potrjuje prisotnost starizma v kliničnem okolju. Ker ima starizem negativen vpliv na odnos do starostnika in kakovost njegove oskrbe, je profesionalno komunikacijo s starostniki treba uvesti v izobraževanje vseh profilov zdravstvenih delavcev.

### ABSTRACT

**Introduction:** Ageism is discrimination and prejudice against the elderly based on stereotypes related to their chronological age. The purpose of the study was to establish whether the elderly can feel ageism in a clinical setting and how it affects them.

**Methods:** A descriptive quantitative study was conducted in a healthcare institution on a convenience sample of 132 elderly aged 65 to 90 years. A questionnaire based on the literature review with 11 closed-type questions was used. The presence of ageism and the degree of affectedness was measured with a three-digit number scale. A descriptive univariate and bivariate (hi-square test for independent samples) analysis was used for the description of the sample and a systematic representation of the answers to the research questions.

**Results:** In total, 319 discriminatory events were detected. From 132 respondents, at least one discriminatory event was experienced by 91 (69.0 %) elderly people. Of these, 40 (44.0 %) elderly persons felt ageism at least once and 23 (25.2 %) were severely affected at least once. There was no statistically significant difference in affectedness between groups regarding gender ( $\chi^2 = 13.554$ ,  $p = 0.825$ ), education ( $\chi^2 = 20.807$ ,  $p = 0.409$ ) and age ( $\chi^2 = 19.328$ ,  $p = 0.501$ ).

**Discussion and conclusion:** The study has demonstrated a significant presence of ageism in a clinical setting. Since ageism has a negative impact on the relationship towards the elderly and the quality of care, it is necessary to implement basic methods of communication with the elderly in education programs of all healthcare professionals.

## Uvod

Starizem (v slovenski literaturi tudi ageizem, staromrzništvo, starostizem) je proces sistematičnega diskriminiranja, stereotipiziranja in podcenjevanja starostnikov zgoj zaradi njihove starosti (Kydd & Fleming, 2015). Temelji na kronološki starosti posameznika, je precej razširjen in se s procesom globalnega staranja prebivalstva samo še krepi. Kaže se v stigmatizaciji starostnikov zaradi njihovih spremenjenih fizičnih, psihičnih in socialnih sposobnosti (Phillips, et al., 2010). Starizem je prodorna, nekritična sila, ki posega na vsa področja družbenega in socialnega življenja. Nanj lahko naletimo povsod, v medosebnih odnosih, na področju izobraževanja, kulture, politike, sociale in zdravstva (Goriup, 2015). Najdemo ga tudi v strokovni literaturi, vključno z medicinskimi in gerontološkimi učbeniki (Robinson, et al., 2012). Lipič in Ovsenik (2015) menita, da je starizem odsev razslojenosti družbe, v kateri so konkretne miselne fikcije rezultat vzgoje in zgledov iz okolja, v katerem so starostniki predstavljeni zgoj z negativnimi stereotipnimi značilnostmi. Pri oblikovanju odnosa in interakcije med ljudmi pa imajo stereotipi pomembno vlogo, saj vplivajo na posameznikovo obnašanje do drugih (Kornadt & Rothermund, 2015). Pogosto starostniki, ki so izpostavljeni stereotipom, le-te ponotranjijo, kar vodi v samoizpolnitev pripisanih oblik obnašanja, znižuje samospoštovanje (Stewart, et al., 2012) in povzroča stres, ki izčrpa psihološke vire, potrebne za sodelovanje v samooskrbi ter procesu zdravstvene obravnave starostnika (Rivera & Paredez, 2014). Zaradi tega so starostniki pogosteje hospitalizirani in bolj negativno ocenjujejo lastno zdravje (Ramírez & Palacios-Espinosa, 2016).

Ljudje si pogosto prizadevamo, da bi se razlikovali od drugih, da bi izstopali in bili vidni. Razlikovanje pa postane družbeno nesprejemljivo, ko brez razloga temelji na posameznikovi osebni okoliščini. Takrat razlikovanje postane diskriminacija, ki se pojavlja v obliki individualne, strukturne in institucionalne diskriminacije (Kogovšek Šalomon & Petković, 2007). Diskriminacija starostnikov ni novodoben pojav, vendar se je v zadnjih letih stopnjevala, in sicer tudi v slovenski družbi, kjer se ob zaostrenih ekonomskih razmerah in naraščanju števila starostnikov ter posledično zmanjševanju aktivne populacije krepi diskriminatorni odnos do starostnikov in pogloblja prepada med generacijami (Goriup, 2015). Danes mnogi v ospredje potiskajo razmišljanja o ekonomski plati problematike staranja, kar nas vodi v medgeneracijski konflikt, ki v blagi obliki že poteka (Lešnik & Ferencina, 2015).

Povečano zanimanje za starizem v zadnjih treh desetletjih sovpada s procesom staranja prebivalstva in željo po oblikovanju novih družbenih vrednot, kjer kronološka starost ne bo več ustrezen kazalec za

družbeno konstrukcijo neizogibnih norm obnašanja, življenjskih stilov ter vlog posameznika glede na starost (Šadl, 2007). Čeprav se v zadnjih letih nekoliko več govori o starizmu in raziskave kažejo na obstoj starizma v kliničnem okolju (Rodgers & Gilmour, 2011), je njegov obseg še vedno neznan, saj starostniki redko izrazijo svoje občutke, ki bi okolici dali vedeti, katera ravnanja nanje učinkujejo diskriminatorno. Starostniki se starizma pogosto niti ne zavedajo, saj se pojavlja manj očitno oz. bolj subtilno. Od starosti pacienta je na primer odvisna odločitev o poteku in intenzivnosti zdravstvene oskrbe. Zdravstveni sistem kot družbena institucija ohranja stereotipne predpostavke o starosti, ki so podlaga za drugačno oz. manj kakovostno obravnavanje starostnika ter strpnost do zlorabe na podlagi starosti (Caslanti, 2007; Kydd & Fleming, 2015).

### *Namen in cilji*

Namen raziskave je bil proučiti pojav starizma v kliničnem okolju, tj. proučiti vse pogostejši problem starostnikov, da so le zaradi svoje starosti deležni stereotipnih predsodkov. Cilj raziskave je bil ugotoviti, kolikšna je prisotnost starizma v izbrani zdravstveni ustanovi. Glede na namen in cilj smo si zastavili naslednji raziskovalni vprašanja:

- Koliko starostnikov zaznava starizem v kliničnem okolju in v kolikšni meri ga zaznavajo?
- Koliko se starostniki ob zaznanem starizmu v kliničnem okolju počutijo prizadeti?

### **Metode**

Uporabljena je bila opisna kvantitativna metoda raziskovanja.

### *Opis instrumenta*

Instrument raziskave je bil vprašalnik z 11 vprašanji zaprtega tipa, ki posnemajo posamezne primere negativnih stereotipov, obnašanj in osebne diskriminacije. V vprašalniku so anketiranci odgovarjali, kolikokrat so v komunikaciji z zdravstvenimi delavci doživeli posamezen dogodek (»nikoli«, »enkrat« in »več kot enkrat«) ter koliko jih je posamezen dogodek prizadel (»ni me prizadelo«, »prizadelo me je« in »zelo me je prizadelo«). Na koncu vprašalnika so odgovorili na tri splošna demografska vprašanja. Vprašalnik smo oblikovali po zgledu vprašalnika The Ageism Survey, ki ga je za merjenje razširjenosti diskriminacije starostnikov razvil Palmore (2001). Iz originalnega vprašalnika smo odstranili devet vprašanj, ki se ne nanašajo na starizem v zdravstvu, vsem preostalim vprašanjem pa smo dodali še podvprašanje o stopnji prizadetosti ob doživetem diskriminatornem dogodku. Po odstranitvi za našo raziskavo nerelevantnih vprašanj smo preverili zanesljivost vprašalnika,

izmerjena vrednost Cronbachovega koeficienta alfa je bila 0,916.

### Opis vzorca

Vzorec je bil nenaključen, priložnosten in je zajemal 132 uporabnikov zdravstvenih storitev v kliničnem okolju iz severovzhodne Slovenije, starih od 65 do 90 let. Poleg starostne omejitve preiskovancev je bila vključitveni kriterij tudi njihova zmožnost razločne komunikacije. Povprečna starost anketiranih je bila 74,4 ( $s = 6,6$ ) let. Med njimi je bilo 76 (57,6 %) žensk, njihova povprečna starost je bila 75 ( $s = 6,7$ ) let, in 56 (42,4 %) moških, njihova povprečna starost je bila 73,7 ( $s = 6,4$ ) let. Izobrazbena struktura anketiranih je bila naslednja: 29 (22,0 %) anketiranih z dokončano osnovno ali poklicno šolo, 59 (44,7 %) z opravljeno srednjo šolo, 29 (22,0 %) z višjo ali visoko strokovno šolo, 12 (9,1 %) z univerzitetno izobrazbo in 3 (2,3 %) z magisterijem ali doktoratom.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v kliničnem okolju od začetka januarja do konca februarja 2016. Pri izvedbi raziskave smo upoštevali etična načela raziskovanja. Anketirane smo prosili, da odgovorijo na zastavljena vprašanja in z obkroževanjem ponujenih odgovorov izrazijo, kako pogosto so doživeli posamezne opisane dogodke in koliko so jih posamezni dogodki prizadeli. Izpolnjene vprašalnike so anketirani oddali v posebno za to pripravljeno zapečateni skrinjo, s čimer smo želeli zagotoviti anonimnost.

Z vprašalniki pridobljene podatke smo kvantitativno obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS verzija 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Za opis vzorca in sistematičen prikaz odgovorov na raziskovalna vprašanja smo uporabili deskriptivno

statistiko (frekvence in pripadajoče odstotke). Nadalje smo z bivariatno analizo primerjali razlike v odgovorih med posameznimi skupinami. Anketirane starostnike smo razdelili v parne skupine glede na spol, izobrazbo (prva skupina: osnovnošolska, poklicna in srednješolska izobrazba (os, sr); druga skupina: več kot srednješolska izobrazba (> sr)) in starost (dve skupini: 65–75 let in 76–90 let). Glede na tip in porazdelitev podatkov smo uporabili hi-kvadrat test za neodvisne vzorce in preverjali, ali so med povprečnimi vrednostmi izbranih spremenljivk statistično pomembne razlike. Za mejo statistične značilnosti smo upoštevali 0,05.

### Rezultati

Samo enega od v vprašalniku opisanih diskriminatorskih dogodkov je doživelo 27 (20,5 %) anketiranih starostnikov, več kot enega 64 (48,5 %) anketiranih starostnikov in nobenega 41 (31,0 %) anketiranih starostnikov. Pri diskriminatorskih dogodkih so najbolj izstopale trditve o šalah na račun starostnikov ( $n = 63$ , 47,7 %), ignoranca zaradi starosti ( $n = 41$ , 31,0 %) in neresen odnos ( $n = 36$ , 27,3 %). Analiza rezultatov pokaže, da je vsaj en diskriminatorski dogodek doživelo 44 (48,4 %) žensk in 47 (51,6 %) moških. Glede števila doživetih diskriminatorskih dogodkov razlika med spoloma statistično ni značilna ( $\chi^2 = 13,837$ ,  $p = 0,611$ ). Tudi pri primerjavi dveh oblikovanih izobrazbenih skupin statistično pomembne razlike glede števila doživetih diskriminatorskih dogodkov nismo zaznali ( $n_{os,sr} = 88$ , 66,66 %,  $n_{>sr} = 44$ , 33,33 %;  $\chi^2 = 19,437$ ,  $p = 0,247$ ). Statistično pomembne razlike glede števila doživetih diskriminatorskih dogodkov prav tako ni med oblikovanima starostnima skupinama (65–75 let:  $n = 58$ , 43,9 %; 76–90 let:  $n = 33$ , 25,0 %;  $\chi^2 = 16,783$ ,  $p = 0,400$ ). Tabela 1 prikazuje frekvence odgovorov anketiranih starostnikov na posamezna vprašanja o

Tabela 1: Diskriminatorski dogodki pri starostnikih v komunikaciji z zdravstvenimi delavci ( $n = 132$ )

Table 1: Discriminatory events of elderly in communication with the medical staff ( $n = 132$ )

Diskriminatorski dogodek/ Discriminatory events	Število dogodkov $n$ (%)		
	1	2	3
Šale na račun starostnikov	69 (52,3)	12 (9,1)	51 (38,6)
Neupoštevanje starostnikovega mnenja	96 (72,7)	19 (14,4)	17 (12,9)
Žaljivke na račun starosti	116 (87,9)	6 (4,5)	10 (7,6)
Pomanjkanje spoštovanja	114 (86,4)	9 (6,8)	9 (6,8)
Ignoranca zaradi starosti	91 (68,9)	16 (12,1)	25 (18,9)
Predvidevanje naglušnosti	99 (75,0)	14 (10,6)	19 (14,4)
Pokroviteljski odnos	117 (88,6)	7 (5,3)	8 (6,1)
Slabša zavzetost	111 (84,1)	13 (9,8)	8 (6,1)
Slabša obravnava	111 (84,1)	13 (9,8)	8 (6,1)
Previsoka starost za določeno obliko zdravljenja	113 (85,6)	13 (9,8)	6 (4,5)

Legenda/Legend: 1 – nikoli/never; 2 – enkrat/once; 3 – več kot enkrat/more than once;  $n$  – število/number; % – odstotek/percentage



Tabela 2: Prizadetost starostnikov v komunikaciji z zdravstvenimi delavci ( $n = 91$ )Table 2: Elderly affected in communication with the medical staff ( $n = 91$ )

Diskriminatorni dogodki/ Discriminatory events	Prizadetost $n$ (%)		
	1	2	3
Šale na račun starostnikov	73 (80,2)	12 (13,2)	6 (6,6)
Niso me vzeli resno	65 (71,4)	17 (18,7)	9 (9,9)
Žaljivke na račun starosti	81 (89,0)	5 (5,5)	5 (5,5)
Pomanjkanje spoštovanja	75 (82,4)	10 (11,0)	6 (6,6)
Ignoranca zaradi starosti	62 (68,1)	17 (18,7)	12 (13,2)
Predvidevanje naglušnosti	75 (82,4)	13 (14,3)	3 (3,3)
Pokroviteljski odnos	70 (76,9)	18 (19,8)	3 (3,3)
Slabša zavzetost	84 (92,3)	4 (4,4)	3 (3,3)
Slabša obravnava	73 (80,2)	11 (12,1)	7 (7,7)
Previsoka starost za določeno obliko zdravljenja	71 (78,0)	14 (15,4)	6 (6,6)

Legenda/Legend: 1 – ni me prizadelo/I was not affected, 2 – prizadelo me je/I was affected, 3 – zelo me je prizadelo/I was very affected;  $n$  – število/number; % – odstotek/percentage

doživetih diskriminatornih dogodkih v komunikaciji z zdravstvenimi delavci.

Tabela 2 prikazuje frekvence ocen posameznih trditvev glede stopnje prizadetosti anketiranih starostnikov v komunikaciji z zdravstvenimi delavci. Upošteevane so ocene tistih anketiranih starostnikov, ki so navedli, da so doživeli vsaj en diskriminatorni dogodek. Od 91 (68,9 %) anketiranih starostnikov, ki so doživeli vsaj en diskriminatorni dogodek, se jih 28 (30,8 %) ob tem ni počutilo prizadeto, 23 (25,2 %) se jih je vsaj enkrat počutilo prizadeto, 40 (44,0 %) pa se jih je vsaj enkrat počutilo zelo prizadeto. Največ starostnikov ( $n = 29$ , 31,9 %) se je počutilo prizadeto ob doživetih ignoranci zaradi starosti, med njimi je bilo 17 (18,7 %) starostnikov prizadetih in 12 (13,2 %) zelo prizadetih. Sledita občutek, da starostnika niso vzeli resno ( $n = 26$ , 28,6 %), pri čemer je bilo 17 (18,7 %) starostnikov prizadetih in 9 (9,9 %) zelo prizadetih, in občutek pokroviteljskega odnosa zdravstvenih delavcev, ki je prizadel 21 (23,1 %) starostnikov, od katerih so se 3 (3,3 %) počutili zelo prizadeto.

Stopnje občutka prizadetosti ob diskriminatornih dogodkih smo opredelili s tristopenjsko lestvico, kjer je 1 pomenilo »ni me prizadelo«, 2 »prizadelo me je« in 3 »zelo me je prizadelo«. Pri oceni občutka prizadetosti za posamezno trditev smo upoštevali povprečje stopenj prizadetosti. Najvišja stopnja prizadetosti se je pokazala pri trditvi o problematičnosti previsoke starosti za določeno obliko zdravljenja (povprečna ocena občutka prizadetosti:  $\bar{x} = 2,24$ ,  $s = 0,539$ ) in pri trditvi o pomanjkanju spoštovanja (povprečna ocena občutka prizadetosti:  $\bar{x} = 2,22$ ,  $s = 0,647$ ).

Analiza rezultatov kaže, da glede stopnje občutka prizadetosti med ženskami ( $n = 44$ , 48,4 %) in moškimi ( $n = 47$ , 51,6 %), ki so doživeli vsaj eden diskriminatorni dogodek, ni statistično pomembne razlike ( $\chi^2 = 13,554$ ,  $p = 0,825$ ). Statistično pomembne razlike pri

stopnji občutka prizadetosti prav tako nismo zaznali med oblikovanima izobrazbenima skupinama ( $n_{os, sr} = 88$ , 66,7 %,  $n_{>sr} = 44$ , 33,3 %;  $\chi^2 = 20,807$ ,  $p = 0,409$ ) niti med oblikovanima starostnima skupinama (65–75 let:  $n = 58$ , 43,9 %; 76–90 let:  $n = 33$ , 25,0 %;  $\chi^2 = 19,328$ ,  $p = 0,501$ ).

## Diskusija

Ugotovitve raziskave kažejo na pomembno prisotnost starizma v kliničnem okolju. Vsaj en diskriminatorni dogodek sta v kliničnem okolju doživeli več kot dve tretjini anketiranih starostnikov. Rezultat raziskave je primerljiv z rezultati Palmorove raziskave (2001), ki prav tako poroča o nekaj več kot dveh tretjinah anketiranih, ki so doživeli enega ali več diskriminatornih dogodkov (Palmore, 2001), in nekoliko nižji kot v raziskavi, ki so jo z enakim vprašalnikom sedem let kasneje opravili McGuire in sodelavci (2008) v Združenih državah Amerike. Vzdušje, ki ga je pogosto čutili v današnjem času, je do starosti prezirljivo in prežeto s stereotipi (Kornadt & Rothermund, 2015), zato v raziskavi ugotovljena pogostost diskriminatornih dogodkov ni presenetljiva.

Visoka pogostost diskriminatornih dogodkov je zaskrbljujoča najprej zaradi vpliva na obnašanje starostnikov, raziskave namreč potrjujejo, da starostniki, ki so deležni več diskriminacije, nižje ocenjujejo svoje fizično in psihično počutje (Coudin & Alexopoulos, 2010; Kornadt & Rothermund, 2015). Diskriminacija ima negativen vpliv tudi na kakovost oskrbe, saj je le-ta neposredno povezana z odnosom zdravstvenega osebja do starostnikov (Celik, et al., 2009; Lu, et al., 2010). Zaradi negativnih stereotipov o starostnikih zdravstveni delavci to skupino pacientov obravnavajo manj zavzeto (Wenger, 2012; Travis, et al., 2012; Sabik, 2013; Ramírez & Palacios-Espinosa, 2016).

Številni zdravstveni delavci priznavajo, da raje delajo z mlajšimi kot s starejšimi pacienti (Helton & Pathman, 2008; Liu, et al., 2012; Meisner, 2012), saj je pri starejših pacientih dostikrat prisoten začetek demence ali strah pred smrtjo, kar vpliva na oteženo pridobivanje kliničnih podatkov, večjo porabo časa za posameznika in s tem v povezavi lahko vodi k »drugačnemu« odnosu zdravstvenih delavcev do starostnikov. Tisti, ki verjamejo, da sta starost in bolezen trdno povezani, lahko določene simptome bolezni pripišejo zgolj starosti (Stewart, et al., 2012) in se zato redkeje odločajo za določene diagnostične in terapevtske postopke kot pri mlajših.

Čeprav smo pričakovali, da bodo ženske, ki so pogosto diskriminirane tudi glede na spol (seksizem) (Chrisler, et al., 2016) in v družbenem okolju prikazovane bolj negativno od moških (Lemish & Muhlbauer, 2012), pogosteje poročale o starostni diskriminaciji, primerjava ženske – moški pokaže le minimalno razliko. Podobno velja tudi za medsebojno primerjanje glede na stopnjo izobrazbe ali glede na starost starostnikov, tudi tu so namreč razlike v številu doživetih diskriminatornih dogodkov in v stopnji prizadetosti ob doživetem dogodku statistično neznčilne.

Kadar začnemo govoriti o starosti, se hitro znajdemo na tankem ledu med prijetno šalo, bistroumno ironijo in žaljivim cinizmom. Humor v obliki šale, če je uporabljen ob pravem trenutku in s pravim namenom, se lahko uporablja za lajšanje napetosti okoli občutljive teme. Lahko pa je tudi pomenljiv, posmehljiv ali žaljiv (Phillips, et al., 2010). Rezultati naše raziskave kažejo, da je skoraj polovica anketiranih starostnikov v zdravstveni ustanovi vsaj enkrat slišalo šalo na račun starosti. Nekaj anketiranih se je ob tem počutilo prizadeto, saj gre pri šaljenju za blago obliko starizma, ki ga posamezniki podzavestno uporabijo v okviru nekega odnosa.

Vsak si želi biti razumljen in sprejet takšen, kot je, zato hitro opazi, kadar ga sogovornik na podlagi videza vstavi v predalček za »takšne« in ga zaradi starosti jemlje manj resno. Vsako kategoriziranje namreč vključuje tudi seznam značilnih lastnosti pripadnikov kategorije, zato so starostniki pogosto nagovorjeni v skladu s predpostavljenim stereotipom skupine, ki naj bi ji pripadali (Praprotnik, 2012). Da starostnika zaradi njegove starosti niso vzeli resno, je vsaj enkrat imela občutek nekaj manj kot tretjina anketiranih starostnikov.

Pogosto se starostnike v zdravstvenih ustanovah nepravilno ali celo žaljivo naziva, kot na primer: punčka, dečko, mlada dama, mladenič, dedek, babica ali očka in mamica (Cruikshank, 2008; Heintz et al., 2013). Čeprav s takšnimi nazivi zaposleni v zdravstvu pogosto želijo ustvariti vzdušje domačnosti, lahko takšno poimenovanje marsikoga prizadene in marsikdo takšno naslavljanje razume kot žaljivko na račun njegove starosti. Nekaj manj kot ena petina

anketiranih starostnikov je imela občutek, da so jih zdravstveni delavci poimenovali z žaljivko na račun starosti. Upoštevati je namreč treba, da se s staranjem ne spreminjajo samo razumske funkcije, temveč tudi čustva, kar potencira prizadetost, kadar imajo starostniki občutek, da se jim zaradi njihove starosti izkazuje manj spoštovanja (Pečjak, 2007). Takšen občutek je imel le majhen delež anketiranih, vendar so se ob tem skoraj vsi počutili prizadeto ali zelo prizadeto.

Prav tako starostnike prizadene, kadar jih sogovorniki ignorirajo in se ob njih in o njih pogovarjajo in odločajo, kakor da jih ni zraven (depersonalizacija), še posebej, kadar sogovornik domneva, da ima starostnik kognitivni primanjkljaj (Higashi, et al., 2012). Takšno obnašanje je doživela skoraj ena tretjina anketiranih starostnikov. Takšni pogovori so med zdravstvenimi delavci pogosto lahko posledica prepričanja, da jih starostniki tako ali tako ne slišijo, ker so zaradi starosti naglušni. Zaradi takšnega prepričanja jih pogosto tudi nagovarjajo zelo glasno. Zelo glasno govorjenje pa mnogi povezujejo s strogostjo ali prepričanjem, zato bi morali zdravstveni delavci glasno govorico uporabiti šele po odzivu, ki kaže, da jih starostnik ni slišal. Občutek, da so zdravstveni delavci predvidevali, da ne slišijo dobro, je imela več kot tretjina anketiranih.

Ker se staranje kot proces razlikuje od posameznika do posameznika, stereotipno predvidevanje, da starostnik zaradi svoje visoke starosti česa ne razume dobro in da je zaradi starosti tudi slabšega zdravja, depresiven in anksiozen, ni samoumevno ustrezno (North & Fiske, 2012). Občutek, da je zdravstveni delavec predvideval, da starostnik česa ne razume, je imela nekaj manj kot četrtnina anketiranih. Zaradi takšnega razmišljanja imajo zdravstveni delavci tudi preveč zaščitniški in pokroviteljski odnos do starostnikov. Z njimi govorijo na prav poseben način, ki naj bi odseval dejstvo, da komunicirajo s starostnikom (Praprotnik, 2015). Postanejo vljudni, govorijo glasneje in tvorijo preproste stavke, kakor da bi se pogovarjali z otroki (Heintz, et al., 2013). Takšno komunikacijsko prilagajanje je pogosto neprimerno in nepotrebno, saj je bistvenega pomena, da v resnici vemo in razumemo, kaj starostnik v resnici želi in potrebuje. Če tega ne vemo in ne razumemo, se pojavljajo številne težave in nevšečnosti, katerih žrtev so najpogosteje starostniki, pogosto pa tudi zaposleni v zdravstveni ustanovi. Pretirano zaščitniški odnos starostnike postavlja na nivo subjektov, ki ne odgovarjajo zase ter so nemočni in odvisni od drugih. Takšen odnos se pogosto stopnjuje v kratenje avtonomije in osebnih pravic, kjer se odloča v imenu starostnika. Takšno ravnanje pa vpliva na starostnikovo doživetje kakovosti zdravstvene obravnave, saj starostnik opiše odnos kot dober le, kadar je obravnavan spoštljivo (Chan, et al., 2012).

Da so bili zaradi svoje starosti obravnavani manj zavzeto kot drugi oz. mlajši, je menila več kot tretjina

anketiranih. Obnašanja, ki dajejo starostniku občutek, da je bil slabše obravnavan in da se je to zgodilo zaradi njegovega videza, starosti ali druge osebne okoliščine, so nedopustna. Ker je visoka starost pogosto izključitveni dejavnik za mnoge klinične raziskave (Wenger, 2012; Chrisler, et al., 2016), kar posledično povzroči tudi pomanjkanje podatkov o primernosti in učinkovitosti različnih metod zdravljenja, so starostniki lahko večkrat deležni poenostavljenih pojasnil, da so prestari za »to in to«. Čeprav se pravica do kompleksnejšega zdravljenja in najboljše možne oskrbe s starostjo ne zmanjšuje, se torej v zdravstvu pogosto postavljajo starostne omejitve. Pri določenih zahtevnih posegih je visoka starost res lahko ovira, najpogosteje pa starostniki zaradi neustrezne komunikacije določene ovire, pravila in pojasnila tudi napačno razumejo. Spoštljiva komunikacija in razumljivo pojasnilo, ki upošteva starostnikov življenjski slog, njegove želje in pričakovanja, je za zmanjševanje občutka diskriminiranja na podlagi starosti bistvenega pomena.

Proti starizmu se je treba boriti z znanjem in pripravljenostjo, da se približamo vsaki osebi ne glede na starost. Pomembna elementa pri preprečevanju starizma in stigmatizacije starostnikov sta izobraževanje in ozaveščanje o starosti in starostnikih ter razvoj komunikacijskih sposobnosti (Pfeifer, 2014). Širitev znanja s področja gerontologije je pomembna strategija za izboljšanje odnosa zdravstvenih delavcev do starostnikov (Hvalič Touzery, et al., 2013). Potreben je poseben poudarek na izobraževanju in razvoju specialnih znanj na področju gerontologije, geriatrije in drugih ved (Skela Savič, et al.; 2010, Stewart, et al., 2012; Sabik, 2013), saj so spremembe v dinamiki staranja populacije v zadnjih desetletjih pripeljale do potrebe za boljše razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na družbeni odnos do staranja in starosti.

Raziskava ima nekaj pomembnih omejitev. Omejena je geografsko, saj so bili vanjo vključeni le starostniki severovzhodne Slovenije. Anketiranje je bilo izvedeno samo v eni zdravstveni instituciji, zato rezultatov ne moremo posplošiti na druge zdravstvene institucije. Kot omejitev je treba upoštevati tudi omejeno velikost vzorca. Toda kljub omenjenim omejitvam je raziskava lahko podlaga za nadaljnje, morda bolj poglobljene raziskave starizma v slovenskem kliničnem okolju, kjer se bomo ob izrazitem staranju populacije s starizmom verjetno vse pogosteje srečevali.

## Zaključek

Raziskava potrjuje prisotnost starizma v kliničnem okolju, saj je vsaj en diskriminatorni dogodek doživela več kot polovica vseh anketiranih. Najbolj so izstopale trditve o šalah na račun starostnikov, ignoranci in neresnem odnosu. Z najvišjo stopnjo prizadetosti pa so starostniki ocenili trditve o previsoki starosti za določeno obliko zdravljenja. Zdravstvene delavce

je treba osvestiti, da nekatere njihove odločitve in obnašanja predstavljajo diskriminacijo starostnikov. Naj se morda zdijo še tako nedolžna, ogovorjenega lahko prizadenejo. Ker uspešna in profesionalna komunikacija žal še vedno ni v zadostni meri del zdravstvene izobrazbe, se lahko znajdemo v situaciji, da sogovornika prizadenemo, ne da bi se tega zavedali. Proti starizmu in diskriminaciji se lahko borimo šele potem, ko ju poznamo in prepoznamo. Izobraževanje o starosti in starostnikih in o profesionalni komunikaciji s to populacijo je treba uvesti v izobraževanje vseh profilov zdravstvenih delavcev, saj je le skozi izobraževanje mogoče stereotipe o starosti in starostnikih preseči. Ozaveščanje je treba usmeriti v promoviranje načela enakosti in v preprečevanje vseh negativnih proti starostnikom usmerjenih dejanj.

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

## Financiranje/Funding

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

## Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (2014). Soglasje za raziskavo je podala Komisija za medicinsko etiko Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (Številka 11-18/15)./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). The Medical Ethics Committee of the University Medical Centre Maribor approved the study (Number 11-18/15).

## Prispevek avtorjev/Author contributions

Avtorja sta enako prispevala h konceptualni zasnovi raziskave, ki jo je izvedel prvi avtor. Pri pregledu literature in pisanju vseh delov besedila članka, metodologiji in statistični analizi rezultatov sta avtorja sodelovala enakovredno./The authors contributed an equal share to the conceptual design of the research carried out by the first author. During the literature review and the writing of all parts of the article, the methodology, and statistical analysis of the results, the authors participated to an equal extent.

## Literatura

- Caslanti, T., 2007. Bodacious Berry, potency wood and the aging monster: gender and age relations in anti-aging ads. *Social Forces*, 86(1), pp. 336–355.
- Celik, S.S., Kapucu, S., Tuna, Z. & Akkus, Y., 2009. Views and attitudes of nursing students towards ageing and older patients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27(4), pp. 24–30.
- Chan, Z., Kan, C., Lee, P., Chan, I. & Lam, J., 2012. A systematic review of qualitative studies: patients' experiences of preoperative communication. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5-6), pp. 812–824. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03942.x> PMID:22008151
- Chrisler, J.C., Barney, A. & Palatino, B., 2016. Ageism can be hazardous to women's health: ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system. *Journal of Social Issues*, 72(1), pp. 86–104. <https://doi.org/10.1111/josi.12157>
- Coudin, G., & Alexopoulos, T., 2010. Help me I'm old: how negative aging stereotypes create despondency among older adults. *Aging Mental Health*, 14(5), pp. 516–523. <https://doi.org/10.1080/13607861003713182> PMID:20480414
- Cruikshank, M., 2008. Aging and identity politics. *Journal of Aging Studies*, 22(2), pp. 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.12.011>
- Goriup, J., 2015. Socialna gerontologija in problem diskurza Ageizma. In: B. Filej, B.M. Kaučič, S. Kristovič, M. Ovsenik, Z. Turk, eds. *Znanost in kultura za zdravo družbo*. Maribor: Alma Mater Europaea - ECM, pp. 114–119.
- Heintz, P.A., DeMucha, C.M., Degrezman, M.M. & Softa, R., 2013. Stigma and microaggressions experienced by older women with urinary incontinence: a literature review. *Urologic Nursing*, 33(6), pp. 299–305. PMID:24592523
- Helton, M.R. & Pathman, D.E., 2008. Caring for older patients: current attitudes and future plans of family medicine residents. *Family Medicine*, 40(10), pp. 707–714. PMID:18979258
- Higashi, R.T., Tillack, A.A., Steinman, M., Harper, M. & Johnston, C.B., 2012. Elder care as frustrating and boring: understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *Journal of Aging Studies*, 26(4), pp. 476–483. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.06.007> PMID:22939544
- Hvalič Touzery, S., Kydd A. & Skela Savič B., 2013. Odnos do dela s starostniki med kliničnimi mentorji. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(2), pp. 157–168. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2013.47.2.157> [6. 1. 2017].
- 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.
- Kogovšek Šalomon, N. & Petković, B., 2007. O diskriminaciji - priložnik za novinarke in novinarje. In: R. Kuhar, ed. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije.
- Kornadt, A. & Rothermund, K., 2015. Views on aging: domain-specific approaches and implications for developmental regulation. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), pp. 121–144. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.121>
- Kydd, A. & Fleming, A., 2015. Ageism and age discrimination in health care: fact or fiction? A narrative review of the literature. *Maturitas*, 81(4), pp. 432–438. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.05.002> PMID:26044073
- Lemish, D. & Muhlbauer, V., 2012. Can't have it all: representations of older women in popular culture. *Women & Therapy*, 35(3-4), pp. 165–180. <https://doi.org/10.1080/02703149.2012.684541>
- Lešnik, A. & Ferenčina, J., 2015. Medgeneracijska izmenjava znanja in izkušenj. In: B. Filej, B.M. Kaučič, S. Kristovič, M. Ovsenik, Z. Turk, eds. *Znanost in kultura za zdravo družbo*. Maribor: Alma Mater Europaea - ECM, pp. 242–247.
- Lipič, N. & Ovsenik, M., 2015. Generacijska neenakost - realnost slovenske družbe. In: D. Železnik, U. Železnik, eds. *Vrednote posameznika - ogledalo družbe*. Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec, pp. 146–154.
- Liu, Y., While, A.E., Norman, I.J. & Ye, W., 2012. Health professional's attitudes toward older people and older patients: a systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 26(5), pp. 397–409. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.702146> PMID:22780579
- Lu, W.H., Hoffman, K.G., Hosokawa, M.C., Gray, M.P. & Zweig S.C., 2010. First year medical students' knowledge, attitudes, and interest in geriatric medicine. *Educational Gerontology*, 36(8), pp. 687–701. <https://doi.org/10.1080/03601270903534630>
- Meisner, B.A., 2012. Physicians attitudes toward aging, the aged, and the provision of geriatric care: a systematic narrative review. *Critical Public Health*, 22(1), pp. 61–72. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.539592>

- McGuire, S.L., Klein, D.A. & Chen, S.L., 2008. Ageism revisited: a study measuring ageism in East Tennessee, USA. *Nursing & Health Science*, 10(1), pp. 11–16.  
<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00336.x>  
PMid: 18257826
- North, M.S. & Fiske, S.T., 2012. An inconvenienced youth: ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), pp. 982–997.  
<https://doi.org/10.1037/a0027843>  
PMid:22448913; PMCid:PMC3838706
- Palmore, E., 2001. The Ageism Survey: first findings. *The Gerontologist*, 41(5), pp. 572–575.
- Pečjak, V., 2007. *Psihologija staranja*. Bled: Samozaložba, pp. 50–51.
- Pfeifer, G.M., 2014. More work needed to equalize U.S. health care. *American Journal of Nursing*, 114(3), p. 15.  
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000444478.10973.22>  
PMid:24572520
- Phillips, J., Ajrouch, K. & Hillcoat Nalletamby, S., 2010. *Key Concepts in Social Gerontology*. London: Sage Publications, pp. 21–24.
- Praprotnik, T., 2012. Procesi osmišljanja sveta in konstrukcija identitete. *Monitor ISH*, 14(1), pp. 75–115.
- Praprotnik, T., 2015. Identiteta in medsebojni odnosi na področju medgeneracijskega komuniciranja. In: B. Filej, B.M. Kaučič, S. Kristovič, M. Ovsenik, Z. Turk, eds. *Znanost in kultura za zdravo družbo*. Maribor: Alma Mater Europaea - ECM, pp. 403–414.
- Ramírez, L. & Palacios-Espinoza, X., 2016. Stereotypes about old age, social support, aging anxiety, and evaluations of one's own health. *Journal of Social Issues*, 72(1), pp. 47–68.  
<https://doi.org/10.1111/josi.12155>
- Rivera, L.M. & Paredes, S.M. 2014. Stereotypes can get under the skin: testing a self-stereotyping and psychological resource model of overweight and obesity. *Journal of Social Issues*, 70(2), pp. 226–240.  
<https://doi.org/10.1111/josi.12057>  
PMid:25221353; PMCid:PMC4160906
- Robinson, S., Briggs, R. & O'Neill, D. 2012. Cognitive aging, geriatric textbooks, and unintentional ageism. *Journal of the American Geriatric Society*, 60(11), pp. 2183–2185.  
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04217.x>  
PMid:23148431
- Rodgers, V. & Gilmour, J., 2011. Shaping student nurses' attitudes towards older people through learning and experience. *Nursing Praxis in New Zealand*, 27(3), pp. 13–20.  
PMid:22375376
- Sabik, N.J., 2013. Ageism and body esteem: associations with psychological well-being among late middle-aged African American and European American women. *Journals of Gerontology Series B: Psychological and Social Sciences*, 70(2), pp. 191–201.
- Skela Savič, B., Zurc, J. & Hvalič Touzery, S., 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/2010.44.2.89> [1. 12. 2016].
- Stewart, T.L., Chipperfield, J.G., Perry, R.P. & Weiner, B., 2012. Attributing illness to old age: consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychology and Health*, 27(8), pp. 881–897.  
<https://doi.org/10.1080/08870446.2011.630735>  
PMid:22149693
- Šadl, Z., 2007. Čustveno doživljanje starostnikov od tradicionalnih pogledov k sodobnim. *Socialno delo*, 46(1/2), pp. 13–19.
- Travis, C.B., Howerton, D.M. & Szymanski, D.M., 2012. Risk, uncertainty, and gender stereotypes in healthcare decisions. *Women & Therapy*, 35(2-4), pp. 207–220.  
<https://doi.org/10.1080/02703149.2012.684589>
- Wenger, N.K., 2012. Gender disparity in cardiovascular disease: Bias or biology? *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 10(11), pp. 1401–1411.  
<https://doi.org/10.1586/erc.12.133>  
PMid:23244361
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>  
PMid:24141714

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Lešnik, A. & Tomažič, J., 2017. Starizem v zdravstvenih ustanovah. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 312–319.  
<https://doi.org/10.14528/sn.2017.51.4.166>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Opisna raziskava mnenj in stališč študentov zdravstvene nege ter kliničnih mentorjev glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja

A descriptive research on opinions and views of nursing students and clinical mentors on assessment of clinical practice

Edita Meden, Andreja Kvas, Silvestra Hoyer

**Ključne besede:** mentorstvo; zdravstvena nega; medicinske sestre; vrednotenje

**Key words:** mentoring; nursing; nurses; evaluation

Edita Meden, dipl. m. s., mag. zdr. nege; Univerzitetni klinični center Ljubljana, Očesna klinika, Grablovičeva ulica 46, 1000 Ljubljana, Slovenija

*Kontaktne e-naslov/  
Correspondence e-mail:*  
edita.meden@kclj.si

doc. dr. Andreja Kvas, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.

doc. dr. Silvestra Hoyer, viš. med. ses., univ. dipl. ped.

*Obe/Both:* Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

### IZVLEČEK

**Uvod:** Z nenačrtovanim ocenjevanjem na podlagi pomanjkljivo opredeljenih kriterijev lahko spregledamo neuspešnega študenta in tako prispevamo k njegovemu nevarnemu delovanju v kliničnem okolju. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna so stališča in mnenja kliničnih mentorjev ter študentov zdravstvene nege glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja.

**Metode:** Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna metoda dela. Spletno anketno je izpolnilo 84 dodiplomskih študentov zdravstvene nege, njeno tiskano različico pa 37 kliničnih mentorjev. Zbiranje podatkov je potekalo od oktobra do novembra 2015. V analizi je bila uporabljena osnovna opisna statistika, hi-kvadrat test, Mann-Whitneyev U-test in Pearsonov koeficient korelacije.

**Rezultati:** Klinični mentorji so v večji meri kot študenti mnenja, da bi se morali na klinično usposabljanje načrtno pripraviti ( $U = 790, p < 0,001$ ). S Pearsonovim koeficientom korelacije ( $r = -0,215, p = 0,024$ ) smo ugotovili, da je zadovoljstvo z ocenjevanjem vseh anketiranih večje, če je ocenjevanje sprotno in ne le končno. Hi-kvadrat test je pokazal, da anketiranci ocenjevalni list ocenjujejo kot samo zadovoljiv ( $n = 47, 43,5\%$ ;  $\chi^2 = 4,3, p = 0,229$ ).

**Diskusija in zaključek:** Večina anketirancev ni zadovoljnih z načinom ocenjevanja kliničnega usposabljanja. Zavedajo se pomanjkljivosti ocenjevalnega lista, opozarjajo tudi na pomanjkanje časa pri mentoriranju študentov. Raziskava prispeva k boljšemu razumevanju razmer v procesu ocenjevanja kliničnega usposabljanja.

### ABSTRACT

**Introduction:** Unplanned assessment based on criteria that have not been precisely defined may result in overlooking an unsuccessful student, thus contributing to hazardous work in a clinical setting. The purpose of the research was to determine the views and opinions of clinical mentors and student nurses on the assessment of clinical practice.

**Methods:** A quantitative descriptive method was used. 84 undergraduate nursing students participated in the online survey and 37 clinical mentors completed the printed version of the survey. Data collection took place from October to November 2015. Descriptive statistics, Chi-square test, Mann-Whitney U test and Pearson correlation coefficient were used in the analysis.

**Results:** More clinical mentors than students believe that they should be thoroughly prepared for clinical practice ( $U = 790, p < 0.001$ ). Pearson's coefficient of correlation ( $r = -0.215, p = 0.024$ ) has shown that satisfaction with the assessment of all respondents is greater if the assessment is formative and not only summative. The hi-square test has shown that the respondents rated the assessment tool as satisfactory ( $n = 47, 43.5\%$ ;  $\chi^2 = 4.3, p = 0.229$ ).

**Discussion and conclusion:** Most respondents are not satisfied with the methods of clinical practice assessment. They are aware of the weaknesses of the assessment tool. They also pointed out the time pressure component in mentoring students. The research contributes to a better understanding of the clinical practice assessment process.

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Edite Brčanič Ocenjevanje študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju (2015).

*Prejeto/Received:* 18. 1. 2017  
*Sprejeto/Accepted:* 21. 10. 2017

## Uvod

Klinični mentorji naj bi načrtovali in organizirali potek kliničnega usposabljanja študentov skupaj s koordinatorjem oz. mentorjem na fakulteti in tako pripravili vse potrebno za prihod študentov na mesto izvajanja kliničnega usposabljanja. Študentom naj bi zagotovili vse ustrezne pogoje za klinično usposabljanje. Prav tako naj bi jih predstavili delovni sredini, kjer bodo opravljali klinično usposabljanje, jih vodili, jim svetovali, jih nadzirali in na koncu tudi ocenili (Kristl, et al., 2007).

V raziskavi, ki so jo izvedli Dale in sodelavci (2013) na Norveškem, so študenti zdravstvene nege izpostavili svoje negativne izkušnje, saj naj bi jih klinični mentorji in drugi sprejeli nepričakovano, nepripravljeno in z negativnimi reakcijami. Nekateri klinični mentorji so odgovarjali, češ da niso bili seznanjeni s celotnimi navodili za organizacijo in izvajanje kliničnega usposabljanja ter z drugimi dokumenti, ki jih je pripravila fakulteta. Ista raziskava je pokazala, da klinični mentorji vedno dobijo dokumentacijo s strani fakultete z vsemi informacijami o kliničnem usposabljanju. Kljub temu pa so študenti prepričani, da to dokumentacijo resnično pregleda in se na klinično usposabljanje pripravi manj kot četrtina kliničnih mentorjev. Pravijo, da klinični mentorji za to niso motivirani in da si ne želijo nalagati dela. Študenti dodajajo, da klinični mentorji niso poznali ne imen študentov, ki so prihajali na klinično usposabljanje, ne njihove stopnje znanja. Vse to kaže na potrebo po boljšem sodelovanju fakultete z učnimi bazami, kjer se izvaja klinično usposabljanje (Dale, et al., 2013).

Zakšek in sodelavci (2008) ter Butler in sodelavci (2011) ugotavljajo, da je proces ocenjevanja zahteven in da si klinični mentorji za ocenjevanje študentov vzamejo zelo malo časa. Tudi klinični mentorji priznavajo, da bi potrebovali več ur za usposabljanje študentov (Jokelainen, et al., 2011). Raziskava, ki je potekala v Veliki Britaniji na 27 univerzah, je pokazala, da je na kliničnem usposabljanju neuspešnih le majhen delež študentov, kar potrjuje, da klinični mentorji neradi ocenijo študenta kot neuspešnega (Hunt, et al., 2012). Tudi Duffy in Hardicre (2007) sta v svoji raziskavi ugotovili, da klinični mentorji študente težko ocenijo kot neuspešne, ker se ustrašijo njihovih pritožb in reakcij. Hunt in sodelavci (2012) ugotavljajo, da ni jasnih kriterijev, s katerimi bi lahko bolj objektivno ocenili napredovanje ali nenapredovanje študenta na kliničnem usposabljanju. Strokovni svet zdravstvene nege in babištva (Nursing and Midwifery Council – NMC) v Veliki Britaniji se je glede nenatančnega ocenjevanja in napredovanja študentov (kljub šibkemu oz. nezadovoljivemu znanju) zaskrbljujoče odzval. NMC tako klinične mentorje opozarja, da naj študente na kliničnem usposabljanju ocenjujejo strogo in kritično ter naj jih ozaveščajo o njihovi vlogi, spoštovanju pravil, odgovornosti in dolžnosti (Nursing and Midwifery Council, 2008). Pomembno je, da se klinični mentor

zaveda razlik med formativnim ocenjevanjem in končno presojo ali sumativnim ocenjevanjem.

Priporočljiva so najmanj tri uradna srečanja (na začetku, sredi in na koncu kliničnega usposabljanja), na katerih bi klinični mentor ocenjeval študenta (Duffy & Hardicre, 2007). Na začetku vsakega kliničnega usposabljanja bi klinični mentor moral organizirati začetno ocenjevanje oz. orientacijsko srečanje. To je organizirano srečanje, kjer se klinični mentor in študent dogovorita o poteku kliničnega usposabljanja ter o pričakovanih in obveznostih, ki naj bi jih študent izpolnil v času kliničnega usposabljanja. Srečanje naj bi temeljilo na podlagi študentove samoocene, ki naj bi bila predstavljena z analizo SWOT (S (strengths) – prednosti, W (weaknesses) – slabosti, O (opportunities) – priložnosti, T (threats) – nevarnosti) (University of Surrey, 2013). Klinični mentor bi glede na smernice univerze pripravil akcijski načrt (Duffy & Hardicre, 2007). Pri vmesnem ocenjevanju ali ocenjevanju na sredini kliničnega usposabljanja bi klinični mentor študentu podal povratne informacije o njegovem trenutnem znanju glede na določene kriterije. Klinični mentor bi nato pripravil akcijski načrt za študentovo nadgrajevanje znanja in spretnosti. Tako poteka formativno ocenjevanje in spremljanje študentovega napredka (Duffy & Hardicre, 2007). Končno oz. sumativno ocenjevanje pa temelji na pregledu pričakovanih in obveznosti, ki naj bi jih študent izpolnil na kliničnem usposabljanju (University of Surrey, 2013). Študent naj bi tako izpolnil vso dokumentacijo, ki je potrebna za klinično usposabljanje. Pri ocenjevanju naj bi se natančno upoštevali vnaprej postavljeni kriteriji ter vložen čas in trud študenta (Duffy & Hardicre, 2007).

## Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšna so stališča in mnenja kliničnih mentorjev ter študentov glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja. Cilj je bil ugotoviti, kako so anketiranci zadovoljni z ocenjevanjem kliničnega usposabljanja in z obstoječim ocenjevalnim listom, ter predlagati možne izboljšave. Zastavili smo si naslednji raziskovalni vprašanja:

- Kakšne so razlike med stališči študentov in kliničnih mentorjev glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja?
- Kakšno je mnenje študentov in kliničnih mentorjev o obstoječem ocenjevalnem listu?

## Metode

Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna metoda dela. Podatke smo zbirali s tehniko anketiranja.

## Opis instrumenta

Uporabljen je bil strukturirani vprašalnik, ki je bil oblikovan na podlagi izkušenj in pogovorov s študenti in kliničnimi mentorji ter na podlagi

pregleda znanstvene in strokovne literature (Levett-Jones, 2007; Ramšak Pajk, 2007; Myall, et al, 2008; Hunt, et al., 2012). Vprašalnik smo pilotno testirali na desetih kliničnih mentorjih in desetih študentih. Pilotna raziskava je pokazala, da so bila anketirancem navodila in vprašanja jasna. Mestoma smo vprašalnik dopolnili.

Kliničnim mentorjem smo anketni vprašalnik posredovali v tiskani obliki, anketiranje študentov pa smo po istem vprašalniku izvedli s pomočjo spletne aplikacije za izvedbo anketiranja IKA. Vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop je meril dejstva in je bil razdeljen na štiri dimenzije: organizacijo kliničnega usposabljanja (10 trditev), vlogo in obveznosti študentov in kliničnih mentorjev (6 trditev), način ocenjevanja študentov na kliničnem usposabljanju (16 trditev) in sodelovanje med kliničnimi mentorji, študenti in drugimi zdravstvenimi delavci (4 trditve). Drugi sklop je meril stališča do trditev (9 trditev), ki so se nanašale na štiri pravkar našete dimenzije. Tretji sklop so sestavljali demografski podatki (spol, starost, delovna doba v zdravstvu). V prvem sklopu so anketiranci ocenjevali pogostost v trditvah zapisanih lastnosti, pri tem so se opredeljevali po petstopenjski Likertovi lestvici (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – občasno, 4 – pogosto, 5 – vedno). V drugem sklopu pa so izražali stopnjo strinjanja z zapisanimi trditvami, in sicer prav tako po petstopenjski Likertovi lestvici (1 je pomenilo najnižjo in 5 najvišjo stopnjo strinjanja).

Zanesljivost vprašalnika smo preverili po posameznih sklopih trditev oz. njihovih dimenzijah ali še natančneje po elementih teh dimenzij. Izračunane vrednosti Cronbachovega koeficienta alfa za prvi sklop so naslednje: organizacija kliničnega usposabljanja 0,800; vloga in obveznosti študentov 0,520 ter kliničnih mentorjev 0,710; sodelovanje med kliničnimi mentorji, študenti in drugimi zdravstvenimi delavci 0,819; elementi dimenzije način ocenjevanja študentov na kliničnem usposabljanju: informiranje študentov o ocenjevanju 0,851; vsebina ocenjevanja 0,728; sprotno ocenjevanje 0,717 in subjektivnost ocenjevanja 0,494. Cronbachov koeficient alfa za drugi sklop trditev, ki je meril stališča do ocenjevanja, je znašal 0,678. Šibka zanesljivost se je torej pokazala pri vrednotenju trditev o subjektivnosti ocenjevanja in vlogah ter obveznostih pri študentih, saj vrednosti pod 0,60 kažejo na šibko zanesljivost instrumenta, medtem ko so vrednosti Cronbachovega koeficienta alfa nad 0,70 ustrezne (Wallin Andreassen & Lindestad, 1998).

### Opis vzorca

V priložnostni vzorec smo vključili študente zdravstvene nege, ki so bili v tretji letnik prvič vpisani v študijskem letu 2013/2014 ali 2014/2015, in klinične mentorje (diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike) zdravstvene ustanove v ljubljanski regiji, ki so bili vključeni v klinično usposabljanje v obdobju

od 2011 do 2015. V raziskavo je bilo povabljenih vseh 295 študentov (112 izrednih in 183 rednih študentov). Anketo je izpolnilo 84 študentov (28,5 %), med njimi je bilo 13 % moških in 87 % žensk. V raziskavo je bilo priložnostno povabljenih tudi 68 kliničnih mentorjev, odzvalo se jih je 37 (54 %). Povprečna delovna doba izrednih študentov je 3,78 let ( $s = 5,302$ ); kliničnih mentorjev pa 21,29 let ( $s = 8,837$ ).

### Potek raziskave in obdelava podatkov

Vloga za izvedbo raziskave je bila odobrena s strani strokovnega sveta za področje zdravstvene in babiške nege bolnišnice, kjer smo raziskavo izvedli. Sodelovanje je bilo anonimno in prostovoljno. Študentom smo posredovali povezavo do spletne ankete IKA po elektronski pošti, kliničnim mentorjem pa smo vprašalnik razdelili osebno. Ob razdelitvi vprašalnikov smo anketiranim pojasnili namen in cilje raziskave ter ravnanje s pridobljenimi podatki in njihovo uporabo. Podatke smo zbirali oktobra in novembra 2015.

Podatki popolno izpolnjenih vprašalnikov so bili obdelani s pomočjo računalniškega programa SPSS verzija 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Uporabljena sta bili opisna in bivariatna statistika. Razlike med kliničnimi mentorji in študenti smo v spremenljivkah, merjenih na ordinalni lestvici, preverjali z Mann-Whitneyevim U-testom. Asociacijo med pripadnostjo skupini (študenti, klinični mentorji) ter percepcijo ocenjevalnega lista smo preverili s hi-kvadrat testom. Povezanost med sestavljenimi spremenljivkami, ki jih obravnavamo kot merjene na intervalnem merskem nivoju, smo preverjali s Pearsonovim koeficientom korelacije. Za analizo in večjo preglednost smo odgovore s ocenami strinjanja od 1 do 3 združili v skupno kategorijo »nižje strinjanje« in odgovore z ocenama 4 ali 5 v skupno kategorijo »višje strinjanje«. Statistična značilnost je bila postavljena na ravni tveganja 0,05.

### Rezultati

V sklopu trditev, ki se je nanašal na stališča in mnenja kliničnih mentorjev in študentov glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja, so anketirani ocenili stopnjo strinjanja z devetimi trditvami. Na prvo raziskovalno vprašanje odgovorimo s pomočjo rezultatov v Tabeli 1, ki prikazuje, da se študenti in klinični mentorji med seboj statistično značilno razlikujejo v dveh stališčih do ocenjevanja študentov na kliničnem usposabljanju. Klinični mentorji so v večji meri kot študenti mnenja, da bi se moral klinični mentor na ocenjevanje načrtno pripraviti ( $U = 790, p < 0,001$ ). Študenti pa so v večji meri kot klinični mentorji mnenja, da je pisanje refleksij, dokumentacije in zbirne mape odvečna naloga študenta ( $U = 633, p < 0,001$ ). V ostalih stališčih med kliničnimi mentorji in študenti ni statistično značilnih razlik.



Tabela 1: Stališča o ocenjevanju kliničnega usposabljanja

Table 1: Opinions on clinical practice assessment

Stališče/ View	Skupina/ Group	Nižje strinjanje/ Low agreement (%)	Višje strinjanje/ High agreement (%)	Min	Maks	Me	n	U	p
Refleksije (kritično mišljenje) študentov bi pri ocenjevanju morale imeti večji pomen.	Študenti	55,1	44,9	1	5	3	78	1147,50	0,107
	Klinični mentorji	41,7	58,3	1	5	4	36		
Klinični mentorji bi se morali na ocenjevanje študentov na KU načrtno pripraviti.	Študenti	28,6	71,4	1	5	4	77	790,00	< 0,001
	Klinični mentorji	8,3	91,7	1	5	5	36		
Klinični mentorji bi morali študente predhodno seznaniti z datumom ocenjevanja.	Študenti	36,8	63,2	1	5	4	76	1071,50	0,054
	Klinični mentorji	36,1	63,9	1	5	5	36		
Klinični mentorji bi morali študentom na KU posvetiti več časa.	Študenti	13,2	86,8	1	5	5	76	1182,50	0,201
	Klinični mentorji	30,6	69,4	1	5	5	36		
Ocenjevanje študentov bi moralo biti tako sprotno kot končno.	Študenti	6,6	93,4	1	5	5	76	1358,00	0,940
	Klinični mentorji	11,1	88,9	2	5	5	36		
Zadovoljen/-na sem z načinom ocenjevanja KU študentov.	Študenti	55,3	44,7	1	5	3	76	1046,00	0,063
	Klinični mentorji	68,6	31,4	1	5	3	35		
Znanje, ki ga pridobim na KU, je v veliki meri odvisno od moje motiviranosti.	Študenti	14,5	85,5	1	5	4	76	1253,00	0,437
	Klinični mentorji	25,0	75,0	2	5	4	36		
Znanje, ki ga pridobim na KU, je v veliki meri odvisno od kliničnih mentorjev.	Študenti	34,2	65,8	2	5	4	76	1227,00	0,351
	Klinični mentorji	50,0	50,0	2	5	4	36		
Pisanje refleksij, dokumentacije in zbirne mape je odvečna naloga študenta.	Študenti	59,2	40,8	1	5	3	76	633,00	< 0,001
	Klinični mentorji	91,7	8,3	1	5	2	36		

Legenda/Legend: KU – klinično usposabljanje/clinical practice; Min – najnižja vrednost/minimum value; Maks – najvišja vrednost/maximum value; Me – mediana/median; n – število/number; % – odstotek/percentage; U – vrednost Mann-Whitneyevega U-testa/Mann-Whitney statistics U value; p – statistična značilnost/statistical significance

Klinični mentorji (91,7 %) se strinjajo, da bi morali kriterije za ocenjevanje bolj natančno opredeliti, da bi ocenjevanje moralo biti tako sprotno kot končno (88,9 %) ter da bi klinični mentorji morali študentom na kliničnem usposabljanju posvetiti več časa (69,4 %). Razkorak v stališčih med anketiranimi študenti (44,9 %) in kliničnimi mentorji (58,3 %) je viden pri razmišljanju, da bi moralo biti kritično mišljenje študenta pri ocenjevanju bolj upoštevano ( $p = 0,107$ ). Večina kliničnih mentorjev (69,4 %) in študentov

(86,8 %) pa se strinja, da bi morali klinični mentorji s študenti preživeti več časa ( $p = 0,201$ ). Več kot polovica anketirancev, tako študentov (55,3 %) kot tudi kliničnih mentorjev (68,6 %), z ocenjevanjem kliničnega usposabljanja ni zadovoljna ( $p = 0,063$ ).

S pomočjo Pearsonovega koeficienta korelacije smo želeli ugotoviti, ali je nezadovoljstvo z ocenjevanjem povezano s sprotnim ocenjevanjem, informiranjem študenta o ocenjevanju ali z vsebino ocenjevanja. Rezultati v Tabeli 2 prikazujejo, da je nezadovoljstvo

Tabela 2: Pearsonov koeficient korelacije med sestavljenimi spremenljivkami, ki merijo določeno značilnost ocenjevanja, in nezadovoljstvom z ocenjevanjem

Table 2: Pearson correlation coefficient between the variables measuring assessment method and evaluation of dissatisfaction

Značilnost ocenjevanja/ Characteristics of assessment	Nezadovoljstvo z ocenjevanjem/ Dissatisfaction with the assessment	
	<i>r</i>	
Informiranje študenta o ocenjevanju	<i>r</i>	-0,030
	<i>p</i>	0,793
	<i>n</i>	111
Vsebina ocenjevanja	<i>r</i>	0,020
	<i>p</i>	0,799
	<i>n</i>	112
Sprotno ocenjevanje	<i>r</i>	-0,215
	<i>p</i>	0,024
	<i>n</i>	110

Legenda/Legend: *r* – Pearsonov koeficient korelacije/Pearson correlation coefficient; *p* – statistična značilnost/statistical significance; *n* – število/number

Tabela 3: Mnenje študentov in kliničnih mentorjev o ocenjevalnem listu

Table 3: Students' and clinical mentors' opinion about the assessment sheet

Ocena ocenjevalnega lista/ The evaluation of assessment tool		Skupina/Group		Skupaj/ Total	$\chi^2$	<i>p</i>
		Študenti/ Students	Klinični mentorji/ Clinical mentors			
Zelo dober ali odličen (4 ali 5)	<i>n</i>	6	4	2	4,3	0,229
	%	8,1	11,8	1,9		
Dober (3)	<i>n</i>	21	9	30		
	%	28,4	26,5	27,8		
Zadovoljiv (2)	<i>n</i>	36	11	47		
	%	48,6	32,4	43,5		
Nezadovoljiv (1)	<i>n</i>	11	10	21		
	%	14,9	29,4	19,4		
Skupaj	<i>n</i>	74	34	108		
	%	100,0	100,0	100,0		

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

z ocenjevanjem negativno, šibko, vendar statistično značilno povezano s sprotnim ocenjevanjem ( $r = -0,215$ ,  $p = 0,024$ ).

Na drugo raziskovalno vprašanje lahko odgovorimo s testom hi-kvadrat, ki kaže, da klinični mentorji in študenti ocenjevalni list ocenjujejo podobno. Večina anketirancev meni, da je obstoječi ocenjevalni list samo zadovoljiv (Tabela 3). Razlika v porazdelitvi odgovorov pri študentih in kliničnih mentorjih ni statistično značilna.

## Diskusija

Ocenjevanje študentov na kliničnem usposabljanju je zahtevno, saj zahteva veliko s študentom preživetega časa, veliko ustreznega usmerjanja in čim bolj objektivno ocenjevanje, kar pa lahko dosežemo le z natančno oblikovanimi kriteriji. V naši raziskavi smo

ugotovili, da bi bili tako študenti kot klinični mentorji bolj zadovoljni, če bi bilo ocenjevanje sprotno in ne le končno. Sprotno ocenjevanje mora biti prisotno, ker omogoča spremljanje študenta skozi celotno klinično usposabljanje in ga hkrati motivira. Študent skupaj s kliničnim mentorjem ugotovi, katera področja mora še razvijati in katere kompetence mora še usvojiti. Na podlagi tega klinični mentor pripravi akcijski načrt (Gopee, 2015; Houghton, 2016).

Rezultati naše raziskave so pokazali, da bi se klinični mentorji študentom morali bolj predstaviti, bolj bi jim morali predstaviti delovno okolje in zdravstveni tim, s katerim bodo sodelovali. Dale in sodelavci (2013) prav tako ugotavljajo, da bi klinični mentorji morali biti vnaprej seznanjeni z imeni študentov, stopnjo znanja in namenom kliničnega usposabljanja. Vse to bi prispevalo k boljšemu počutju in k občutku sprejetosti

študentov na kliničnem usposabljanju. Ugotovili smo tudi, da bi študenti, preden vstopijo v klinično okolje, morali imeti dobro teoretično podlago, prav tako bi se klinični mentorji na klinično usposabljanje morali načrtno pripraviti. Klinični mentorji bi znanje študentov morali preveriti preden le-ti pričnejo s praktičnim delom (Academic Quality Assurance Office, 2011). Poleg tega bi klinični mentorji s študenti morali preživeti več časa. Naša raziskava je pokazala, da so klinični mentorji redko organizirali srečanja, na katerih bi skupaj s študenti razpravljali o dogodkih v kliničnem okolju. NMC (2008) npr. določa, da mora mentor oz. nadomestni mentor voditi in nadzorovati študenta 40 % časa, ki ga študent preživi na kliničnem usposabljanju. Zaradi velikega obsega dela klinični mentorji težko najdejo čas za mentorstvo študentu. Toda kljub temu bi klinični mentorji morali imeti čas, da bi se na mentorstvo dobro pripravili, študenta na kliničnem usposabljanju vodili ter da ga načrtno ocenili (Teatheredge, 2010).

Študenti se zavedajo, da je uspeh pridobivanja znanja na kliničnem usposabljanju odvisen od njihove želje, pripravljenosti, motiviranosti, radovednosti in iskanja novih priložnosti za učenje (Dale et al., 2013). Naša raziskava potrjuje, da je znanje, ki ga študenti pridobijo na kliničnem usposabljanju, v veliki meri odvisno od njihove motiviranosti. Ugotovili smo, da bi na ocenjevanje morala bolj vplivati tudi študentova refleksija. Dokazano je namreč, da razpravljanje učinkovito pripomore k izboljšanju profesionalnega razvoja študenta, njegovih zmožnosti reflektiranja in ocenjevanja usvojenih kompetenc ter k odkrivanju močnih ter šibkih točk študenta na kliničnem usposabljanju. Razpravljanje je pomembna priložnost za pridobivanje znanja in spretnosti na kliničnem usposabljanju ter za razkrivanje prakse zdravstvene nege, predvsem situacij, ki pogosto ostanejo neopažene (Levett-Jones, 2007).

Rezultati raziskave so pokazali, da bi klinični mentorji večji poudarek morali nameniti ocenjevanju in prepoznavanju neuspešnih študentov, saj le-ti pogosto kljub neznanju napredujejo in tako predstavljajo nevarnost v kliničnem okolju. Pomembno je preveriti kazalce, ki kažejo na neuspeh študenta, ga tako pravočasno prepoznati in ukrepati. Duffy in Hardicre (2007) sta ugotovili, da klinični mentorji študente težko ocenijo kot neuspešne, ker se največkrat ustrašijo njihovih reakcij in možnih pritožb. Ugotovitve kažejo, da bi kriteriji ocenjevanja morali biti bolj natančno opredeljeni in da bi se klinični mentorji na ocenjevanje morali načrtno pripraviti. Hunt in sodelavci (2012) prav tako ugotavljajo, da ni jasnih kriterijev, na podlagi katerih bi napredovanje ali nenapredovanje študenta na kliničnem usposabljanju lahko objektivno ocenili.

Rezultati so pokazali potrebo po izboljšanju ocenjevalnega lista, ki ga uporablja fakulteta, iz katere izhajajo anketirani študenti, saj ga razmeroma velik delež študentov in kliničnih mentorjev ni ocenil kot dobrega, temveč samo kot zadovoljivega (na lestvici od

1 do 5 le z oceno 2). Sklepamo lahko le, da je ocenjevalni list grobo sestavljen in da kriteriji niso dovolj natančno oblikovani, da bi predstavljali zanesljivo, pravično, realno in objektivno oceno študentovega usvojenega znanja. Oblikovanje natančnejših kriterijev, ki bi bili upoštevani v ocenjevalnem listu, predstavlja velik izziv za študente, klinične mentorje, mentorje na fakulteti in mentorje v učnih bazah, s katerimi je povezana fakulteta, toda spremembe so pomembne in nujne, zato jih je treba dobro preučiti in nato vpeljati v sistem kliničnega usposabljanja.

Omejitev v naši raziskavi je omejeno število anketiranih in slabša zanesljivost enega podsklopa vprašanj. Posamezni anketiranci so sodelovanje mogoče odklonili zaradi občutljivosti obravnavane tematike. Rezultati veljajo samo za omenjeni vzorec, zato jih ne moremo posplošiti na celotno populacijo študentov zdravstvene nege v Sloveniji niti na vse klinične mentorje. V prihodnje bi bilo smiselno vprašalnik izboljšati in raziskavo z uveljavljenimi spremembami ponoviti ter jo razširiti na vse visokošolske strokovne študijske programe zdravstvene nege v Sloveniji. Raziskava bi morala biti usmerjena v iskanje takih kriterijev ocenjevanja, s katerimi bi dosegli večjo medsebojno primerljivost diplomantov glede osvojenih kompetenc, in sicer ne le omejeno na Slovenijo, temveč upoštevaje tudi študente primerljivih študijskih programov zdravstvene nege drugod po Evropi.

## Zaključek

Ugotovitve v raziskavi so pokazale, da je kakovostno klinično usposabljanje odvisno od medsebojnega sodelovanja vseh akterjev kliničnega usposabljanja, organizacije in vodenja ter usmerjanja študentov na kliničnem usposabljanju. Velik pomen pripisujemo tudi načrtni pripravi kliničnih mentorjev in študentov na klinično usposabljanje. Klinično usposabljanje je ključnega pomena za ugotavljanje usposobljenosti študentov, zavedanje odgovornosti in vloge, ki jo le-ti imajo na kliničnem usposabljanju. Le z načrtovanim ocenjevanjem na podlagi natančno oblikovanih kriterijev lahko namreč zagotovimo kompetentnost diplomiranih medicinskih sester in diplomiranih zdravstvenikov in s tem poskrbimo za kakovost in varnost v kliničnem okolju.

## 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, 2016) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (2014). Raziskavo je odobril strokovni svet zdravstvene in babiške nege bolnišnice, kjer smo raziskavo izvedli./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). The study was approved by the nursing and midwifery council of the hospital where the study was conducted.

## Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva avtorica je napisala prvi osnutek članka. Soavtorici sta sooblikovali metodologijo in prispevali pri interpretaciji rezultatov./The first author wrote the first draft. Both authors designed the methodology and contributed to the interpretation of results.

## Literatura

Academic Quality Assurance Office, 2011. *Clinical training guidelines*. Kigali Health Institute. Available at: <http://www.cmhs.ur.ac.rw/fileadmin/templates/downloads/eDocuments/clinical%20training%20guidelines.pdf> [10. 5. 2017].

Butler, M., Cassidy, I., Quillinan, B., Fahy, A., Bradshaw, C., Tuohy, D., et al., 2011. Competency assessment methods-tool and processes: a survey of nurse preceptors in Ireland. *Nurse Education Today*, 11(5), pp. 298–303. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.01.006>

Calman, L., Watson, R., Norman, I., Redfern, S. & Murrells, T., 2002. Assessing practice of student nurses: methods, preparation of assessors and student views. *Journal of Advanced Nursing*, 38(5), pp. 516–523. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02213.x> PMID:12028285

Clynes, M.P. & Raftery, S.E.C., 2008. Feedback: an essential element of student learning in clinical practice. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(6), pp. 405–411. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.003> PMID:18372216

Dale, B., Lelin, A. & Gunnar Dale, J., 2013. What factors facilitate good learning experiences in clinical studies in nursing: bachelor student's perceptions. *ISRN Nursing*, pp. 1–7, art. ID 628679. <https://doi.org/10.1155/2013/628679> PMID:18372216

Duffy, K. & Hardicre, J., 2007. Supporting failing students in practice 2: assessment. *Nursing Times*, 103(47), pp. 28–29.

Gopee, N., 2015. *Mentoring and supervision in healthcare*. Sage: London. PMID:18804519

Houghton, T., 2016. *Assessment and accountability: part 3 - sign-off mentors*. *Nursing Standard*, 30(49), pp. 41–49 <https://doi.org/10.7748/ns.2016.e7964> PMID: 27484567

Jokelainen, M., Jamookeeah, D., Tossavainen, K. & Turunen, H., 2011. Building organizational capacity for effective mentorship of pre-registration nursing students during placement learning: Finnish and British mentors conceptions. *International Journal of Nursing Practice*, 17(5), pp. 509–517. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01964.x> PMID:21939483

*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., et al., 2007. *Smernice za praktično usposabljanje na Univerzi v Ljubljani*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, pp. 9–18.

Levett-Jones, T.L., 2007. Facilitating reflective practice and self-assessment of competence through the use of narratives. *Nurse Education Practice*, 7(2), pp. 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2006.10.002> PMID:17689432

Nursing and Midwifery Council, 2008. Standards to support learning and assessment in practice – NMC Standards for mentors, practice teachers and teachers. London: NMC. Available at: <http://standards.nmc-uk.org/> [10. 10. 2014].

Myall, M., Levett-Jones, T. & Lathlean, J., 2008. Mentorship in contemporary practice: the experience of nursing students and practice mentors. *Journal of Clinical Nursing*, 17(1), pp. 1834–1842. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02233.x> PMID:18578757

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> [10. 10. 2014].

Teatheredge, J., 2010. Interviewing student and qualified nurses to find out what makes an effective mentor. *Nursing Times*, 106(48), pp. 19–21. PMID:21192605

University of Hertfordshire, 2011. Mentors' handbook: supporting students in practice. 2nd ed. Available at: [https://www.herts.ac.uk/data/assets/pdf\\_file/0004/28327/uh\\_healthcare\\_mentor\\_handbook\\_march\\_2011.pdf](https://www.herts.ac.uk/data/assets/pdf_file/0004/28327/uh_healthcare_mentor_handbook_march_2011.pdf) [5. 3. 2017].

University of Surrey, 2013. Practice assessment – adult nursing. Available at: [http://www.University\\_of\\_Surrey.ac.uk/healthsciences/practicelearning/guidance/](http://www.University_of_Surrey.ac.uk/healthsciences/practicelearning/guidance/) [5. 3. 2017].

Wallin Andreassen, T. & Lindesta, B., 1998. Customer loyalty and complex services: the impact of corporate image on quality, customer satisfaction and loyalty for costumers with varying degrees of service expertise. *International Journal of Service Industry Management* 9 (1), pp. 88–97. <https://doi.org/10.1108/09564239810199923>

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. 5. 2017].  
PMid: 25951678

Zakšek, T., Rebec, D., Skočir, H., Karnjuš, I. & Trobec, I., 2008. Ocenjevanje klinične prakse študentov zdravstvene nege in babišva. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(1), pp. 35–39. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2008.42.1.35> [1. 5. 2017].

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Meden, E., Kvas, A. & Hoyer S., 2017. Opisna raziskava mnenj in stališč študentov zdravstvene nege ter kliničnih mentorjev glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 320–327. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.157>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

## Diplomske značke nekdanjih šol za medicinske sestre, otroške negovalke in babice v Sloveniji: interpretativna zgodovinska raziskava

Graduation badges or pins of former nursing and midwifery schools in Slovenia: an interpretative historical research

Janez Fischinger, Duša Fischinger

**Ključne besede:** priponke; značke; medicinske sestre; babice; otroške sestre negovalke; diplomske značke

**Key words:** badges; pins; nurses; midwives; nursery nurses; graduation pins

doc. dr. Janez Fischinger, dr. med., dr. dent. med., spec. otorinolaringolog; Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

*Kontaktne e-naslov/  
Correspondence e-mail:*  
janez.fischinger@guest.arnes.si

Duša Fischinger, prof. slov. in nem.; Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, Zaloška 7a, 1000 Ljubljana, Slovenija

### IZVLEČEK

**Uvod:** Novoizšolanim medicinskim sestram in babicam je mnogo šol po svetu podeljevalo značko za nošenje na njihovi uniformi. Značke so različno poimenovane: šolske, sestrske, babiške ali diplomske značke. Cilj zgodovinske raziskave, katere namen je ohraniti védenje o tej naši kulturni dediščini, je bil ugotoviti, katere slovenske zdravstvene šole so značke podeljevale in kakšne so le-te bile.

**Metode:** Pisnih virov o tej temi skoraj ni, zato je bilo opravljenih 346 intervjujev z upokojenimi in aktivnimi medicinskimi sestrami, babicami, otroškimi negovalkami ali njihovimi svojci. Značke, ki jih še hranijo, so bile dokumentirane s fotografranjem. Zbranih je bilo tudi nekaj arhivskih fotografij, na katerih je nošenje značk na uniformah dobro vidno. Raziskava je potekala od junija 2013 do decembra 2016.

**Rezultati:** V Sloveniji so vse nekdanje šole za medicinske sestre, babice in otroške negovalke vsem ob uspešno zaključenem šolanju poleg listine podelile tudi značko šole. Prve značke so bile podeljene leta 1925. Po reformi srednjega šolstva (1981/82) značk niso več podeljevali. Dokumentiranih je pet značk z različnimi simbolnimi motivi in njihove številne variante zaradi preimenovanja šol. Nekaj manj kot petina (19 %) intervjuvanih svojo značko še hrani.

**Diskusija in zaključek:** Značke so dokaz nastanka in razvoja zdravstvenih šol in so del slovenske zgodovine zdravstvene nege. Svoje mesto bi morale najti v muzeju, morda tudi v samostojnem muzeju zdravstvene nege, v kakršnih so hranjene drugod po svetu.

### ABSTRACT

**Introduction:** Around the world schools of nursing and midwifery awarded their graduates with badges or pins. The pins are referred to with different names: school, nurse/midwives or graduation pins. The goal of this historical research was, in addition to preserving knowledge on this cultural tradition, also to establish which Slovenian schools presented these pins and what they looked like.

**Methods:** There are almost no written sources related to this topic, so 346 interviews with currently employed nurses and midwives as well as retired nurses and midwives or their relatives were conducted. Photographs exhibiting pins on nurses or midwives uniforms were also collected. The research was conducted from June 2013 to December 2016.

**Results:** It has been established that all graduates of Slovenian nursing and midwifery schools were presented with graduation pins. The earliest pins were awarded in 1925. After the educational reform of secondary schools in 1981/82 the pins were no longer presented. Five types of pins with different symbolic motifs were documented. Less than a fifth (19 %) of the interviewees still have the pins in their possession.

**Discussion and conclusion:** The pins provide evidence of the foundation and development of healthcare schools and present a part of Slovenian nursing history. They should be put in a museum or maybe even in an independent museum of healthcare as it is customary elsewhere around the world.

## Uvod

V zadnji četrtini 19. stol. je nekaj šol v svetu, ki so izobraževale medicinske sestre, pričelo svojim diplomantkam poleg diplomske listine podeljevati tudi diplomsko značko, imenovano tudi kar sestrska značka, na kateri je bil običajno napisan naziv šole ali pa naziv bolnišnice, pri kateri je bila šola organizirana. V angleško govorečih deželah te značke imenujejo šolska, bolnišnična ali diplomska značka (*badge*). V Združenih državah Amerike značko imenujejo *pin*, slovesno podelitev značke pa *pinning ceremony*. V nemško govorečih deželah jih imenujejo diplomska broška (*Diplombrosche*). V Sloveniji so te značke imenovali kar sestrska značka.

O tem, katera zdravstvena šola in kdaj je podeljevanje značk izšolanim medicinskim sestram uvedla prva, ni zanesljivih podatkov. Nekateri (Rode, 1989; Sutherland, 1997) menijo, da imajo diplomske značke svoje predhodnike. To naj bi bilo znamenje križa, kasneje poimenovanega malteški križ, ki so ga že v 12. stol. na svojih oblačilih imeli križarski vitezi in bratje bolnišnično-viteškega reda sv. Janeza v Jeruzalemu. Predhodnice diplomskih značk so tudi medalje, ki jih je svojim najboljšim učenkam na šoli Bolnišnice sv. Tomaža v Londonu podeljevala Florence Nightingale (Ericksen, 2016).

Brown (1952) opisuje značke, ki so jih nekatere prve šole za medicinske sestre v Združenih državah Amerike v 80. in 90. letih 19. stol. podeljevale vsem svojim diplomantkam. V Avstro-Ogrski so prvi generaciji diplomantk na Državni šoli za negovalke bolnikov pri Splošni bolnišnici na Dunaju značke podelili leta 1915. Uredba o njihovi službeni uniformi iz leta 1914 je predpisovala, da morajo na svojem delovnem mestu prejemnice diplomskih značk le-te tudi nositi pripete na svoji uniformi (Kozon, 2006). Šeparović (1989) omenja, da Mednarodni kodeks etike medicinskih sester iz leta 1965 medicinskim sestram nalaga, da na uniformi obvezno nosijo svoje značke. O prvih značkah slovenskih medicinskih sester piše Jarnovič (1978): prvo tako slovensko značko, delo akademskega kiparja Lojzeta Dolinarja, je je v obdobju pred letom 1934 svojim diplomantkam podeljevala Šola za zaščitne sestre v Ljubljani, drugo značko, ki jo je ustvaril akademski kipar France Gorše, je ista šola podeljevala od leta 1934 dalje.

Oznaka diplomirani je nekdanje imela pri nas in v svetu drugačen pomen, kot ga ima danes, ko označuje visokošolsko stopnjo izobrazbe. Do sredine preteklega stoletja so vse zdravstvene šole ne glede na dolžino šolanja za uspešen zaključek izobraževanja podeljevale diplomu in značko šole. Diplomsko listino so tako podeljevali tudi izšolanim bolniškim strežnicam. Otroškimi negovalkam so tako listino skupaj z značko podeljevali do ukinitve Šole za otroške negovalke leta 1960.

V Sloveniji zdravstvene šole že desetletja značk več ne podeljujejo. V Združenih državah Amerike in v

državah Britanske skupnosti narodov (*Commonwealth*) ter tudi v Avstriji nekatere šole značke še vedno podeljujejo in jih posamezne prejemnice poleg obvezne službene identifikacijske pripanke na uniformo še vedno pripenjajo. V Sloveniji se je védenje o tem, da so slovenske zdravstvene šole podeljevale diplomske značke in da so te značke mnoge zdravstvene delavke na uniformi tudi nosile, že skoraj povsem izgubilo.

Podeljevanje diplomskih značk je imelo več namenov. Prejem značke, ki jo je šola diplomantkam podelila kot nagrado za uspešno zaključeno šolanje in kot častno dekoracijo ter viden znak dosežene izobrazbe, je pomenil tudi simbolno iniciacijo oz. sprejem v stroko. Ohranjal je občutek pripadnosti šoli in povezanosti z ostalimi diplomantkami iste šole. Z značkami, ki so jih nosile na uniformah oz. delovni obleki, so se diplomantke tako jasno razlikovale od pomožnega, nešolanega osebja v podobnih uniformah; značke so jim dajale tudi občutek samozavesti in jim pri delu povečevale avtoriteto. Pripeta značka z imenom zdravstvene šole je šola tudi promovirala. Vsem, ki so opravljale patronažno delo, je značka, pripeta na uniformi, predstavljala tudi zagotovilo določene osebne zaščite, saj so morale delati tudi v socialno neurejenem, nemalokrat nevarnem okolju. Značke so bile izkaz uradne osebe, ki pri delu ne sme biti ovirana, pač pa je treba z njo sodelovati.

Danes te značke pomagajo pri proučevanju fotografskega arhivskega gradiva, na katerem ni nobenih podatkov. Značke, vidne na uniformah, lahko pomagajo pri pojasnitvi, kateri profil zdravstvene delavke oz. delavca fotografija prikazuje. V primerih, ko v zapuščini medicinske sestre, negovalke ali babice spričevalo šole ni ohranjeno, ohranila pa se je diplomska značka, le-ta pomaga okvirno ugotoviti, na kateri šoli in kdaj se je oseba šolala.

Značke so pomembni dokazi nastanka, razvoja in sprememb zdravstvenega šolstva tudi pri nas, so del zgodovine zdravstvene nege in tudi del slovenske kulturne dediščine. V svetu so zato diplomske značke praviloma tudi sestavni del razstavljenega gradiva muzejev zdravstvene nege.

## Namen in cilji

Namen raziskave je bil ohraniti znanjem védenje o značkah, ki so priče zgodovine in razvoja sestrskega in babiškega šolstva v Sloveniji. Cilj raziskave je bil ugotoviti, katere slovenske zdravstvene šole so v 20. stoletju hkrati z listino o doseženi izobrazbi svojim diplomantkam in diplomantom podeljevale tudi značko šole, na kateri so se izobraževali, in kakšne so bile te značke.

## Metode

Uporabljena je bila interpretativna zgodovinska metoda raziskovanja.

## Opis zbiranja zgodovinskih virov

Naša osnovna želja ni bila oblikovati katalog značk, zato podatkov o značkah nismo zbirali in zapisovali po pravilih faleristike, tj. umetnostnozgodovinske vede, ki proučuje odlikovanja. O razvoju slovenskih zdravstvenih šol smo uporabljali podatke iz članka *50 let zdravstvenega strokovnega šolstva na Slovenskem* (Gradišek, 1974) in razstavnega kataloga *Šola za sestre: zdravstveno šolstvo na Slovenskem* (Šuštar, 1992). Podatke o značkah, ki so jih nekdanji v Sloveniji medicinske sestre, višje medicinske sestre, otroške sestre negovalke, otroške negovalke, babice in medicinske sestre babice skupaj z diplomom oz. zaključnim spričevalom prejele ob zaključku šolanja, smo najprej iskali v bibliografskih bazah podatkov COBIB.SI, PubMed, Biomedicina Slovenica, dLib.si, Digitalni arhiv Obzornika zdravstvene nege in še v literaturi, ki bi potencialno utegnila vsebovati kakršnekoli podatke o značkah zdravstvenih šol (strokovne revije, glasila in knjige, jubilejni zborniki zdravstvenih šol, poročila in katalogi, izdani ob razstavah o zgodovini zdravstvenega šolstva na Slovenskem, diplomske naloge, časopisi), v arhivskem gradivu in v zakonskih normativih, vendar v teh virih kakršnihkoli uporabnih podatkov nismo uspeli najti. Iskanje smo razširili še na tuje podatkovne baze, saj smo hoteli tudi primerjati podeljevanje diplomskih značk zdravstvenih šol v tujini in pri nas.

Za podatke o značkah smo pisno zaprosili vodstva naslednic nekdanjih zdravstvenih šol, pregledali smo tudi spletne strani o zgodovini posameznih zdravstvenih šol. Za podatke smo prosili tudi na Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter predsednice ali članice regijskih strokovnih društev in članice Delovne skupine za ohranjanje zgodovine zdravstvene in babiške nege. Več posameznic iz teh ustanov je žal lahko prispevalo le malo ali samo nepopolne podatke ter le nekaj slikovnih virov, še največ podatkov smo prejeli o značkah Srednje zdravstvene šole Celje. Podatke smo iskali tudi v Zgodovinskem arhivu Ljubljane, v Slovenskem šolskem muzeju, v Mestnem in v Narodnem muzeju, v Muzeju novejši zgodovine ter v umetnostnih galerijah. Kljub pripravljenosti predstavnikov ustanov za sodelovanje nam s podrobnimi podatki niso mogli pomagati. Na naše pisne prošnje za sodelovanje nam ena srednja zdravstvena šola niti ni odgovorila, ena pa nam, zaradi varovanja tajnosti osebnih podatkov, spiskov svojih diplomantov ni posredovala.

Zaradi možnosti, da so kje diplomske značke samo omenjene ali na kakšni fotografiji na uniformi dobro vidne, smo prelistali tudi vse številke strokovnih revij *Medicinska sestra na terenu* in *Babiški vestnik*, prebrali smo raziskovalne naloge in diplomska dela na tematiko zgodovine sestristva in babištva. Pregledali smo časopise, ki je januarja 1925 poročalo o diplomiranju

prve generacije zaščitnih sester in negovalk dojenčkov *Sole za sestre v Zavodu za socialno-higiensko zaščito dece v Ljubljani*. Članki podeljevanja značk niso omenjali. Ker za našo raziskavo tako nismo mogli zbrati dovolj že objavljenih podatkov, smo se odločili, da podatke pridobimo neposredno od prejemnic diplomskih značk.

## Izvedba odprtih intervjujev

S pilotskim intervjuvanjem smo ugotovili, da slovenske zdravstvene šole vsem, ki so šolanje pričeli po reformi leta 1981, značk niso več podeljevale. Pri intervjujih se je bilo tako treba usmeriti v pretežno že upokojene civilne in redovne medicinske sestre, babice in otroške negovalke ali sorodnike že pokojnih prejemnic značk. Da bi pri pretežno starejši populaciji dosegli kar največjo odzivnost, se nismo odločili za metodo razpošiljanja vprašalnika po pošti, temveč za neposredno, osebno intervjuvanje ali intervjuvanje po telefonu ali po e-pošti.

Po osebni predstavitvi in pojasnilu, kaj raziskujemo, smo prosili za intervju. Na željo smo zagotovili tudi anonimnost. Zastavili smo naslednja okvirna vprašanja: »Kdaj ste šolanje zaključili?«, »Ali ste ob zaključku šolanja skupaj z diplomom oz. spričevalom prejeli tudi značko z nazivom šole?«, »Kaj je na znački upodobljeno?«, »Na kakšen način vam je bila značka izročena?«, »Zakaj ste jo oz. je niste pri delu nosili na uniformi?«, »Ali značko še hranite?«, »Kje in kako jo hranite?«.

## Opis vzorca intervjuvanih

Ob osebnih obiskih smo intervjuvali še aktivne medicinske sestre na več oddelkih Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani in na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Medicinske sestre in babice različnih oddelkov bolnišnic in zdravstvenih domov po Sloveniji smo intervjuvali večinoma po telefonu, redkeje osebno ali po e-pošti. Kontakte z upokojenimi zdravstvenimi delavkami smo uspeli vzpostaviti na osnovi spiskov diplomantk zdravstvenih šol z vnašanjem njihovih priimkov in imen v elektronski telefonski imenik Slovenije. Z nekaterimi smo uspeli vzpostaviti stik in jih intervjuvati, nekatere so nam tudi posredovale telefonske številke sošolk. Zanesljivost podatkov smo povečali tako, da smo, kadar je bilo le mogoče, intervjuvali več diplomantk istega letnika iste izobraževalne ustanove. Pri iskanju potencialnih intervjuvank smo si pomagali še s članki ob upokojitvah medicinskih sester, objavljenih v internih glasilih slovenskih bolnišnic in zdravstvenih domov. Kontakte smo vzpostavljali tudi s pomočjo življenjepisov prejemnic in prejemnikov srebrnih in zlatih znakov ter drugih priznanj v glasilu *Utrip*. Uspeli smo še intervjuvati nekaj nekdanjih ravnateljic, učiteljic in inštruktoric zdravstvenih šol. Za obdobje od začetka



podeljevanja diplomskih značk, tj. od leta 1925 do leta 1944 nismo uspeli intervjuvati nobene od prejemnic značk, intervjuvali pa smo nekaj njihovih svojcev, ki diplomske značke in diplome pokojnih medicinskih sester ali otroških sester negovalk še hranijo. Za pridobitev podatkov o primerih podeljevanja značk babicam že pred ali med 2. svetovno vojno nismo uspeli najti nobene intervjuvanke ali intervjuvanca.

V sklopu raziskave smo iskali in zbirali tudi fotografije generacij ali posameznih diplomantk zdravstvenih šol ob zaključku šolanja, na katerih je vidno, da imajo na civilni obleki ali uniformi pripeto značko šole, in slike medicinskih sester, otroških sester negovalk, otroških negovalk in babic, ki imajo pri delu na svoji uniformi pripeto tudi značko šole.

V začetnem obdobju raziskave smo po Sloveniji obiskovali tiste prejemnice značk, ki le-te še hranijo. Še ohranjene značke smo fotografirali. Kasneje smo fotografirali tudi značke, ki smo jih uspeli kupiti na trgu s starinami. Značke, ki so nam jih nekatere intervjuvanke med razgovorom hotele podariti, smo, razen v enem primeru, vedno odklonili.

Vseh intervjuvank in intervjuvancev je bilo 346, nekatere smo intervjuvali tudi večkrat. Na kar nekaj intervjujev smo morali čakati od nekaj tednov do več mesecev. Intervju so odklonile samo 4 osebe (1,2 %), 31 osebam (8,9 %) smo morali zagotoviti anonimnost. Najmlajša intervjuvanka je bila stara 48 let, najstarejša 97 let. Med intervjuvanci je bilo 9 moških (2,6 %). Raziskava je potekala v obdobju od junija 2013 do decembra 2016.

## Rezultati

O značkah slovenskih medicinskih sester smo našli samo en članek (Jarnovič, 1978). Samo omembo, samo sliko ali omembo s sliko diplomskih značk slovenskih zdravstvenih šol smo našli v nekaj virih (Ambrožič, 1927; Dragaš, 1930; Pirc, 1938; Organizacija otroških sester negovalk, 1941; Upravni odbor, 1953; Švajncer, 1983; Šuštar, 1992; Borisov, 1995; Dobrajc, 2005; Keršič, et al., 2011; Salobir & Vengušt, 2013). Leta 2015 smo v razstavnih vitrini Ginekološke klinike Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani (Leonišče) odkrili značko in plaketo *Babiške šole*, v vitrini *Srednje zdravstvene šole v Ljubljani* pa fotografijo diplomske značke predhodnice te šole, tj. *Šole za medicinske sestre v Ljubljani*.

Vse značke zdravstvenih šol, ki smo jih v raziskavi odkrili, opisujemo v časovnem zaporedju, kot so šole nastajale in delovale v Sloveniji. Izbor evidentiranih, neočiščenih značk prikazuje Slika 1.

### Ljubljana

*Šola za sestre pri Zavodu za socialno-higiensko zaščito dece v Ljubljani* je leta 1925 prvi generaciji diplomantk podelila posrebreno značko pokončne ovalne oblike

z reliefno upodobitvijo majhnega golega otroka. Na znački je napis: *ŠOLA ZA SESTRE V ZAVODU ZA SOC. HIG. ZAŠČITO DECE V LJUBLJANI* (Slika 1, Ljubljana 1). Zadaj je vtisnjeno ime graverja L. PRAMER in kraj izdelave značke WIEN IX. Slika 2 prikazuje nošenje te značke na uniformi.

Omenjena šola je bila leta 1931 preoblikovana v šolo polivalentnega tipa in poimenovana *Šola za zaščitne sestre v Ljubljani*. Vodstvo šole je gojenkam zaključnega letnika predstavilo osnutka za novo diplomsko značko, deli akademskih kiparjev Franceta Goršeta in Antona Severja. Gojenke so v pismu (Horvat, et al., 1935) prosile, da bi bila značka, ki jo bodo kupile in nosile, izdelana po Severjevem osnutku, na katerem je simbolno predstavljeno delo zaščitne sestre. Prošnje niso upoštevali, šola je diplomantkam pričela podeljevati posrebreno značko po Goršetovi predlogi, tj. značko v obliki enakostraničnega trapeza z reliefnim likom ženske, ki v dvignjeni desnici drži svetilko. Skoraj polovica intervjuvank je to svojo značko glede na vsebovano simboliko imenovala kar »Florence Nightingale značka« (v nadaljevanju standardna značka). Na tej znački piše: *ŠOLA ZA ZAŠČITNE SESTRE V LJUBLJANI* (Slika 1, Ljubljana 2). Zadaj je vtisnjeno ime graverja in kraj izdelave J. STIRN LJUBLJANA. Podeljevanje take značke smo lahko dokazali še za leto 1947.

Omenjena šola je bila leta 1949 preimenovana v *Šola za medicinske sestre v Ljubljani* in generacija diplomantk 1950 in naslednje tri so prejele značko s pravopisno napako v napisu: *ŠOLA ZA MEDECINSKE SESTRE V SLOVENIJI* (Slika 1, Slovenija 1 (Ljubljana)). Graver in kraj izdelave nista bila več vtisnjena. Napis na znački ni bil skladen z nazivom šole.

### a) Višja šola za medicinske sestre v Ljubljani

*Šola za medicinske sestre v Ljubljani* je leta 1954 prerasla v *Višjo šolo za medicinske sestre v Ljubljani*, tako srednje šole za medicinske sestre v Ljubljani ni bilo več. Višja šola za medicinske sestre v Ljubljani je že prvim generacijam diplomantk pričela podeljevati standardni tip značke z napisom *VIŠJA ŠOLA ZA MEDICINSKE SESTRE V LJUBLJANI* (Slika 1, Ljubljana 3).

Po preoblikovanju in preimenovanju v *Višjo šolo za zdravstvene delavce (VŠZD v Ljubljani)* leta 1962 je šola višjim medicinskim sestram podeljevala standardni tip značke z napisom *VŠZD V LJUBLJANI ODDELEK ZA MEDICINSKE SESTRE* (Slika 1, Ljubljana 4). Slika 3 prikazuje nošenje te značke na uniformi. Pet intervjuvank je potrdilo prejem značke skupaj z diplomom še v letu 1979, dve od teh jo še hranita. Nobena intervjuvana diplomiranka iz leta 1980 prejema značke ni potrdila. *VŠZD v Ljubljani* fizioterapevtom in rentgenskim pomočnikom, ki so se prav tako šolali na tej višji šoli, značk ni podeljevala.



Slika 1: Izbor diplomskih značk nekdanjih slovenskih šol za medicinske sestre, otroške sestre negovalke in babice v Sloveniji, podeljenih v obdobju 1925–1984, v naravni velikosti (Vir: Zasebna zbirka Fischinger, Foto: J. Fischinger)  
 Figure 1: Selection of graduation badges/pins of former nursing and midwifery schools in Slovenia, 1925–1984, depicted in actual sizes (Source: Fischinger private collection, Photo: J. Fischinger)



Slika 2: Antonija Schiffrer, diplomantka sestrške šole v Ljubljani, generacija diplomantk 1925, z diplomsko značko na uniformi (glej Slika 1, Ljubljana 1) (Vir: Neja, 1969, p. 136)

Figure 2: Antonija Schiffrer, graduate of Ljubljana nursing school, class of 1925, wearing her graduation badge (see Figure 1, Ljubljana 1) (Source: Neja, 1969, p. 136)

### b) Šola za otroške sestre negovalke v Ljubljani

V okviru Zavoda za zdravstveno zaščito mater in otrok v Ljubljani se je leta 1929 pričelo šolanje otroških sester negovalk najprej v šestmesečnih tečajih, od sredine 30. let pa v enoletni šoli, ki je bila leta 1938 uradno poimenovana *Šola za otroške sestre negovalke v Ljubljani*. Šola je diplomantkam poleg diplome podeljevala tudi okroglo posrebrano značko z likom žene (otroške sestre negovalke) z majhnim otrokom v naročju in napisom ŠOLA ZA OTROŠKE SESTRE NEGOVALKE V LJUBLJANI (Slika 1, Ljubljana 5). Na hrbtni strani te značke je vtisnjeno J. STIRN LJUBLJANA. Kateri umetnik je značko oblikoval, nismo uspeli izvedeti.

Po 2. svetovni vojni je bila šola preimenovana v *Šola za otroške negovalke v Ljubljani*. Diplomantke so leta 1951 prejele diplomsko listino z novim nazivom šole in ponikljano diplomsko značko, na kateri pa je bil še stari naziv šole in kratica L.R.S. za ime Ljudska republika Slovenija – na znački je bil napis: ŠOLA ZA OTROŠKE SESTRE NEGOVALKE L.R.S. (Slika 1, Slovenija 2 (Ljubljana)), kar torej ni bilo skladno z uradnim nazivom šole. Slika 4 iz začetka 50. let 20. stol. prikazuje to značko na uniformi otroške negovalke. Po 2. svetovni vojni na zadnji strani značke ni več oznake izdelovalca.

V naslednjih letih je bil napis na znački enak uradnemu nazivu šole: ŠOLA ZA OTROŠKE NEGOVALKE V LJUBLJANI (Slika 1, Ljubljana 6).

Evidentirali smo še manjšo, delno emajlirano značko z enakim motivom in napisom ŠOLA ZA OTROŠKE NEGOVALKE SLOVENIJE (Slika 1, Slovenija 3 (Ljubljana)), za katero pa nismo ugotovili, kdaj so jo podeljevali niti ali so jo podeljevali samo v Ljubljani ali morda tudi na šolah za otroške negovalke v Celju in Mariboru.

*Šola za otroške negovalke v Ljubljani* je s šolsko reformo leta 1960 postala štiriletna šola z novim nazivom *Šola za zdravstvene delavce za otroško zdravstvo*, v letu 1963 je bila preimenovana v *Šola za otroške sestre*. Ta štiriletna šola značk ni podeljevala.

### c) Šola za medicinske sestre Ljubljana

*Šola za medicinske sestre Ljubljana* je leta 1967 nastala iz *Šole za otroške sestre*. Imela je tri izobraževalne programe. Ta šola je novoizšolanim sestram podeljevala



Slika 3: Anica Paulus, viš. med. ses., Klinika za porodništvo in ginekologijo Ljubljana, z diplomsko značko, fotografirano okoli leta 1970 (glej Slika 1, Ljubljana 4) (Vir: Zasebni arhiv H. Škraban, Foto: neznani fotograf)

Figure 3: Anica Paulus, RN, University Medical Centre Ljubljana, Department of Obstetrics and Gynecology, around 1970 wearing a graduation badge (see Figure 1, Ljubljana 4) (Source: H. Škraban private archive, Photo: unknown photographer)



Slika 4: Otroška negovalka Lojzka Rošer z diplomsko značko, Otroške jasli Ljubljana zgodnja 50. leta 20. stol. (glej Slika 1, Slovenija 2 (Ljubljana)) (Vir: Zasebni arhiv A. Bele, Foto: neznani fotograf)

Figure 4: Nurse Lojzka Rošer wearing her graduation badge, Nursery Ljubljana in the early 50s of 20th century (see Figure 1, Slovenija 2 (Ljubljana)) (Source: A. Bele private archive, Photo: unknown photographer)

standardno značko, in sicer z napisom ŠOLA ZA MEDICINSKE SESTRE V LJUBLJANI (Slika 1, Ljubljana 7). To značko so diplomantkam podeljevali vse do vključno leta 1984, ko je šolanje zaključila še zadnja generacija, izšolana po starem programu.

#### d) Babiška šola v Ljubljani

Svojim diplomantkam je značke podeljevala tudi *Babiška šola v Ljubljani*. Kdaj in kakšna značka je bila babicam prvič podeljena, nismo uspeli ugotoviti. Evidencialni pa smo podelitev pravokotne značke iz verjetno srebrne pločevine z reliefno upodobitvijo babice z novorojenčkom v naročju. Na znački je napis BABIŠKA ŠOLA LJUBLJANA (Slika 1, Ljubljana 8), Na hrbtni strani je vtisnjeno J. STIRN LJUBLJANA. Tudi za to značko nismo uspeli ugotoviti, kateri umetnik jo je oblikoval. Podeljevali so jo v 50. in v zgodnjih 60. letih 20. stoletja.

Leta 1960 je *Babiška šola v Ljubljani* postala štiriletna. Na šolo so zaradi došolanja prihajale babice prejšnjih generacij. Ena od teh babic nam je med intervjujem pokazala okroglo plaketo, ki jo je prejela po zaključku dodatnega šolanja. Na okrogli bakreni plaketi je reliefni lik babice z novorojenčkom v naročju in napis

BABIŠKA ŠOLA LJUBLJANA (Slika 1, Ljubljana 9). Šuštar (1992) to plaketo omenja kot značko.

Leta 1971 se je *Babiška šola v Ljubljani* preimenovala v *Šolo za medicinske sestre-babice*, ki je podeljevala okroglo posrebreno značko z reliefnim likom zdravnika Gerarda van Swietna (1700–1772), ustanovitelja ljubljanske babiške šole leta 1753. Na znački je napis LJUBLJANSKA BABIŠKA ŠOLA VAN SWIETEN 1753 (Slika 1, Ljubljana 10). Kdo jo je umetniško oblikoval, nismo ugotovili. Verjetno je oblikovana po srebrni medalji z likom van Swietna, ki jo hrani npr. Numizmatični kabinet Umetnostnozgodovinskega muzeja na Dunaju. Na znački šole ni oznake izdelovalca. Značko so prejele tudi dijakinje, ki so še po starem programu šolanje zaključile leta 1984.

#### Maribor

Več intervjuvank, ki so diplomirale na *Šoli za medicinske sestre v Mariboru* v letih 1949, 1950 in 1951, je potrdilo, da so ob zaključku šolanja prejele tudi značko šole. Danes nobena od njih te značke nima več. Po opisu je to bila sestrška značka standardnega tipa, torej povsem enaka znački (Slika 1, Slovenija 1 (Ljubljana)), kakršno so v zgodnjih 50. letih prejele diplomantke na *Šoli za medicinske sestre v Ljubljani*. Nekaj intervjuvank, ki so diplomirale v letih 1953–1959, je potrdilo prejem take značke, nobena pa je ni uspela ohraniti.

Po reformi šolstva leta 1960 je bila šola preimenovala v *Medicinsko srednjo šolo Maribor*, ki je podeljevala standardno značko, izdelano iz medeninaste pločevine in z napisom MEDICINSKA SREDNJA ŠOLA MARIBOR (Slika 1, Maribor 1). Čeprav je bilo po letu 1960 na šoli postopno uvedeno izobraževanje različnih smeri, so vse diplomantke te mariborske šole, npr. tudi porodniško-ginekološke sestre, prejele enako standardno sestrsko značko.

Leta 1971 se je šola preimenovala v *Zdravstveno šolo Maribor*, kar se je odrazilo tudi v napisu na diplomskih značkah – ZDRAVSTVENA ŠOLA MARIBOR (Slika 1, Maribor 2). Mariborska zdravstvena šola je imela dislocirani oddelek na Ptuj, tudi diplomantkam tega oddelka so podeljevali enako značko. Po preimenovanju mariborske zdravstvene šole leta 1977 v *Zdravstveno šolo »Juge Polak« Maribor* je značka ostala nespremenjena. Leta 1983 je bila šola preimenovala v *Srednjo zdravstveno šolo Juge Polak Maribor*, ki je tega leta diplomsko značko (Slika 1, Maribor 3) še podeljevala.

*Zdravstvena šola Maribor* je v 70. letih 20. stoletja posebno značko z motivom zoba, okrog katerega se ovija kača, podeljevala vsem, ki so uspešno zaključili šolanje zobozdravstvene smeri.

#### Celje

Že prva generacija gojenk *Šole za medicinske sestre v Celju* je leta 1958 pri zaključni slovesnosti

podelitve diplom prejela tudi značko šole. Nobena od intervjuvank značke ni uspela ohraniti.

Leta 1960 je bila šola preimenovana v *Šola za zdravstvene delavce Celje*, le-ta je podeljevala posrebreno standardno značko z napisom ŠOLA ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE V CELJU. Izdelovalec na znački ni naveden. Nobene od omenjenih značk nismo uspeli pridobiti za zbirko, niti ju nismo imeli na razpolago za fotografiranje.

V šolskem letu 1977/78 se je šola preimenovala v *Zdravstveni šolski center Celje*, ki je podeljeval posrebreno standardno značko z napisom ZDRAVSTVENI ŠOLSKI CENTER CELJE (Slika 1, Celje). Podeljevanje značke smo lahko ugotovili še za leto 1981.

V Celju so leta 1948 organizirali enoletno *Šola za otroške negovalke*, ki je delovala samo tri leta. Ali je tudi ta šola podeljevala diplomske značke, nismo ugotovili.

### *Murska Sobota*

*Šola za zdravstvene delavce* je že prvi generaciji, ki je zaključila šolanje leta 1964, podelila standardno značko iz tanke bakrene pločevine. Evidentirana značka še kaže znake posrebitve. Na znački je napis ŠOLA ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE MURSKA SOBOTA (Slika 1, Murska Sobota).

Po preimenovanju šole v *Zdravstveno šolo Murska Sobota* se je podeljevala posrebrena standardna značka, izdelana iz debelejšje kovine. Na tej znački je napis ŠOLA ZA MEDICINSKE SESTRE MURSKA SOBOTA, napis torej ni skladen s takratnim uradnim nazivom šole. Več intervjuvank je prejem značke potrdilo še za leto 1977.

### *Šempeter pri Gorici in Gorica*

Prva generacija, ki je zaključila šolanje leta 1965 na *Šoli za zdravstvene delavce druge stopnje Antona Marka Plenčiča – Šempeter pri Gorici*, je prejela posrebreno standardno značko z napisom ZDRAVSTVENA SREDNJA ŠOLA ŠEMPETER. Napis ni skladen s takratnim uradnim nazivom šole.

Po preimenovanju šole v šolskem letu 1974/75 v *Zdravstveno šolo Gorica* so pričeli podeljevati standardno, posrebreno diplomsko značko z napisom ZDRAVSTVENA ŠOLA GORICA (Slika 1, Nova Gorica). Take značke je šola podeljevala vsaj še leta 1978.

### *Piran*

Dijaki, ki so končali šolanje na *Srednji šoli za zdravstvene delavce Piran*, so leta 1965 prejeli posrebreno standardno značko z napisom ŠOLA ZA MEDICINSKE SESTRE V SLOVENIJI (Slika 1, Slovenija 4 (Piran)). Kraj, kjer je šola delovala, ni naveden. Tudi po preimenovanju šole leta 1971 v *Srednjo šolo Piran* in leta 1978 v *Zdravstveni center*

– *zdravstveni šolski center Piran* je šola še naprej podeljevala enake značke kot prvi generaciji. Tako značko so podeljevali vsaj še v letu 1979.

### *Jesenice*

*Šola za zdravstvene delavce Jesenice* je v drugi polovici 60. let prejšnjega stoletja novoizšolanim sestram podeljevala standardno značko iz tanke bakrene pločevine z napisom ŠOLA ZA ZDRAVSTVENE DELAVCE JESENICE (Slika 1, Jesenice 1). Značko s takim napisom, vendar posrebreno in masivnejšo, je prejela še generacija, ki je šolanje končala leta 1970.

Po preimenovanju šole v drugi polovici 70. let v *Zdravstveno šolo Jesenice* je šola podeljevala posrebreno standardno diplomsko značko z napisom ZDRAVSTVENA ŠOLA JESENICE (Slika 1, Jesenice 2). Katerega leta je bila značka zadnjič podeljena, nismo ugotovili.

Slika 5 prikazuje skupino novoizšolanih medicinskih sester leta 1978, ki jih je ob delu za potrebe Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani izobraževala *Zdravstvena šola Jesenice* in imajo na uniformah značko šole (Slika 1, Jesenice 2).

*Center srednjega usmerjenega izobraževanja (CSUI)* na Jesenicah, ki je združeval metalurške, kovinske, družboslovne in zdravstvene programe, je edina šola v Sloveniji, za katero smo lahko ugotovili, da je novoizšolanim zdravstvenim tehnicam in tehnikom, ki so se šolali že po učnih programih usmerjenega izobraževanja, poleg diplome, kot je pisalo na listini o dokončanem šolanju, podeljevala tudi še značko. Na tej posrebreni standardni znački je bil napis CSUI JESENICE ZDRAVSTVENO VARSTVO (Slika 1, Jesenice 3). Generacija, izšolana leta 1985, je to značko še prejela. Po sicer manj zanesljivih podatkih je bila taka značka podeljena še generaciji, ki je šolanje zaključila leta 1987.

### *Novo mesto*

*Šola za zdravstvene delavce Novo mesto* je prvi generaciji dijakinj leta 1967 poleg spričevala podelila tudi standardno značko iz tanke bakrene pločevine z napisom, ki se razlikuje od uradnega naziva šole: MEDICINSKA SREDNJA ŠOLA NOVO MESTO. Značko te šole nismo uspeli pridobiti, smo pa jo fotodokumentirali.

Leta 1971 je bila šola, kot je razvidno na spričevalih intervjuvank, preimenovana v *Zdravstveno šolo Novo mesto*, ki je podeljevala posrebrene standardne značke z napisom ZDRAVSTVENA ŠOLA NOVO MESTO (Slika 1, Novo mesto). Intervjuvanke so prejem značke potrdile še za leto 1980.

### *Slovenj Gradec*

*Zdravstvena šola Slovenj Gradec* je prvi generaciji po uspešno zaključenem šolanju leta 1978 podelila





Slika 5: Skupina novoizolanih medicinskih sester Zdravstvene šole Jesenice s soavtorico tega članka z diplomskimi značkami pred Univerzitetnim kliničnim centrom v Ljubljani leta 1978 (glej Slika 1, Jesenice 2) (Vir: Zasebni arhiv Fischinger, Foto: N. Kos)

Figure 5: Photograph of a group of newly educated nurses of Jesenice School of Nursing with the co-author in front of University medical Centre Ljubljana in 1978 with their graduation badges/pins (see Figure 1, Jesenice 2) (Source: Fischinger private archive, Photo: N. Kos)

posebno standardno značko z napisom ZDRAVSTVENA ŠOLA SLOVENJ GRADEC (Slika 1, Slovenj Gradec). Generacija, ki je zaključila šolanje leta 1983, je značko še prejela.

#### *Splošne ugotovitve o diplomskih značkah slovenskih zdravstvenih šol*

Glede na pregledane vire lahko zaključimo:

- Vse zdravstvene šole Slovenije, razen Šole za otroške sestre v Ljubljani in bolničarskih šol, so za uspešno zaključeno šolanje podeljevale tudi značke.
- Od leta 1935 do začetka 80. let so vse srednje šole za medicinske sestre in VŠZD v Ljubljani diplomantkam podeljevale po obliki in motivu enake standardne značke. Razlikovale so se le glede na ime in kraj šole ter po materialu, iz katerega so bile izdelane.
- Več kot četrtina intervjuvank se podelitve in prejema značk, čeprav so le-to njihove sošolke potrdile, ne spominja.
- Nobena značka na hrbtni strani ni imela vgraviranega imena in priimka prejemnice (niti vsaj začetnic) ali zaporedne številke ali datuma diplomiranja.

- Način izročitve značk ni bil enoten, prav tako ne način nošenja na uniformi.
- Sestre so značke nosile predvsem zaradi ponosa na šolo in na doseženo izobrazbo, nekatere pa tudi le zato, ker jim je bilo tako rečeno ali ker so jih pač nosile tudi kolegice.
- Pravilnik Šole za zaščitne sestre v Ljubljani, ki ga je napisal dr. Matija Ambrožič in z odlokom odobril minister za narodno zdravje 25. novembra 1926, v 22. členu sestram predpisuje vidno nošenje značke na prsih (Ambrožič, 1927). Nošenje značk potrjujejo tudi pisni viri (Organizacija otroških sester negovalk in vzgojiteljic, 1941) in fotografije (Dragaš, 1930; Pirc, 1938).
- Po 2. svetovni vojni so srednje in višje medicinske sestre ter otroške negovalke značko vse manj nosile; nošenje značke so potrdile samo tri intervjuvane babice.
- Kot razlog, zakaj značke niso nosile, so intervjuvanke navajale strah pred izgubo ali tatvino značke, možno poškodovanje uniforme, hitro izgubo pri pranju uniforme ali selitvah.
- V 70. letih je bilo nošenje značke že opuščeno, nosile so jo le še redke posameznice.

- Manj kot četrtina intervjuvank diplomsko značko še ima, devet pa jih še hrani tako značko srednje kot tudi značko višje šole.
- Prejemnice značke hranijo pri zlatnini, pri dokumentih ali nekje v stanovanju, kleti ali podstrešju.
- Večina značk je danes potemnelih, veliko jih je zaradi nošenja obrabljenih ali poškodovanih.

## Diskusija

Poimenovanje značk, ki so jih medicinske sestre prejele skupaj z diplomom oz. spričevalom, z izrazom sestrskes značke ni najustreznejše. V kategorijo sestrskih značk namreč uvrščamo tudi značke regijskih strokovnih društev, značke strokovnih srečanj in tudi zlato značko oz. zlati znak. Bolj ustrezen je izraz diplomatska značka, saj natančno označuje, za katero vrsto značke gre.

V tuji literaturi najdemo več člankov in knjig, ki obravnavajo sestrskes značke, med njimi tudi diplomatske (Meglaughlin, 1990; Meixner Reed, 2009; Kozon, 2011; Dugac & Horvat, 2013; Brbor, 2015). V slovenski literaturi (Jarnovič, 1978) je najti samo en in zato toliko bolj dragocen članek z opisom sicer samo dveh značk šole za medicinske sestre, ki je bil že pred skoraj štirimi desetletji, napisan v skrbi, da značke medicinskih sester ne bi bile pozabljene.

Da tako malo intervjuvank še hrani svojo značko, so gotovo še drugi vzroki, ne le tisti, ki so jih same navedle. V tujini so bile značke opremljene s podatki o prejemnici in z datumom diplomiranja. Ker slovenske značke niso bile tako individualizirane, se morda prejemnice nanje niso tako čustveno navezale ter so jih manj skrbno hranile, čeprav so sicer bile na značko ponosne. Slovenske značke tudi niso bile iz dragih kovin.

Nekatere intervjuvanke se podelitve značk ne spominjajo. Morda šole kateri od generacij iz različnih vzrokov značk sploh niso uspele podeliti. VŠZD v Ljubljani je v 70. letih, kot je razvidno iz knjige diplom (Knjiga diplom zdravstvene nege VŠZD Ljubljana, 1978), iz različnih vzrokov medicinskim sestram (samo) diplomatsko listino pošiljala kar po pošti.

Manjša navezanost na značko je verjetno tudi posledica tega, da ob podelitvi značk ni bil dovolj pojasnjen in poudarjen njihov pomen in da tudi njihova podelitev ni bila tako svečana, kot je bila ali je še danes v nekaterih državah po svetu. Svečanost ob zaključku šolanja medicinskih sester sicer v novejšem času tudi v Sloveniji postaja vse slovesnejša. Leta 2011 je bila na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, danes Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, uvedena svečana poklicna prisega Angele Boškin, ki jo diplomanti študijskega programa prve stopnje zdravstvene nege izrečejo ob prižgani oljni svetilki (Romih, et al., 2012).

V svetu je precej zdravstvenih šol značke prenehale podeljevati, ker naj bi bile zastarele oz. ker jih nadomešča identifikacijska priponka. Vendar v svetu diplomatske značke podeljujejo nekatere novoustanovljene šole.

Občasno se pojavi tudi predlog, da bi šole, ki so podeljevanje značk že opustile, le-tega ponovno uvedle (Grypma, 2011). Verjetno bi bili značke ali plakete z imenom in priimkom ter datumom zaključenega šolanja veseli tudi naši maturanti oz. diplomanti zdravstvenih šol.

Prenehanju podeljevanja značk pri nas je gotovo botrovalo več vzrokov. Z združevanjem zdravstvenih in nezdravstvenih šol so šole dobile nova imena, ki niso bila več primerna za zapis na sestrskes značke. Kateri so bili vzroki, da je VŠZD v Ljubljani svojim diplomantkam na Oddelku za medicinske sestre diplomatske značke prenehale podeljevati, ni ugotovljeno. Žal današnja identifikacijska priponka ne sporoča, tako kot so nekdanje značke, na kateri šoli se je oseba izšolala. Toda danes je vse bolj pomembno, na kateri šoli se je kdo izobraževal, zato v nekaterih zdravstvenih ustanovah v tujini posamezne medicinske sestre in babice poleg priponke nosijo tudi značko svoje šole. Callander-Grant (2001) ugotavlja, da je nabava značk za šole prevelik strošek. Problem stroškov za značke večina zdravstvenih šol v Združenih državah Amerike rešuje tako, kot so ga že reševale tudi posamezne šole pri nas, namreč da morajo tisti, ki značko želijo prejeti, le-to prej naročiti in plačati.

Medtem ko je v tujini zbiranje vseh vrst sestrskih značk precej razširjeno, pri nas ni tako. Podatki, ki smo jih zbrali o diplomatskih značkah, vsekakor niso popolni, še zlasti, ker metoda raziskave temelji pretežno na ustni zgodovini, ki ni vedno zanesljiva. Obstaja tudi nevarnost napačnih zaključkov. Nekatere intervjuvanke imajo namreč po več značk zdravstvenih šol iz različnih obdobij, saj hranijo tudi podarjene značke starejših sodelavk. Nekaterim so izgubljeno značko kasneje nadomestili z novejšo. Babice so novo značko lahko kupile tudi še leta po zaključku svojega šolanja (Anon, 1953). Vse to povzroča težave še zlasti pri datiranju podeljevanja značk. Omejitev raziskave predstavlja tudi dejstvo, da so diplomantke iz obdobja pred 2. svetovno vojno pokojne in da smo intervjuvati uspeli le malo njihovih svojcev. Raziskava je bila torej opravljena nekaj desetletij prepozno.

Nekaterih podatkov res da ne bo več mogoče zbrati v celoti, vendar bi bilo vseeno vredno raziskovati še naprej. Marsikateri podatek bi lahko še posredovala katera izmed članic sekcij upokojenih medicinskih sester in babic. V tujini ponekod organizirajo t. i. *bring a badge day*, ko na svoja srečanja medicinske sestre prinesejo na ogled svoje diplomatske značke. Taka srečanja bi bilo dobro organizirati tudi pri nas. Za zbiranje podatkov o značkah bi bilo smiselno motivirati tudi mlajše generacije medicinskih sester in babic, marsikatera pozna kakšno starejšo medicinsko sestro ali babico, nekatere pa so njihove hčerke ali vnukinje. Z zbranimi podatki bi zapolnili vrzeli in popravili morebitne pomanjkljive ali celo napačne podatke pričujoče raziskave. Vsak nov podatek, popravek ali predlog za izpopolnitev bo dragocen.

## Zaključek

Značke naših medicinskih sester, otroških negovalk in babic so dokaz nastanka, razvoja in sprememb zdravstvenega šolstva v Sloveniji in jih vsekakor moramo obvarovati pred pozabo. Želimo si, da bodo kot pomemben del zgodovine slovenske zdravstvene nege in naše kulturne dediščine nekoč svoje mesto našle tudi v muzeju zdravstvene nege.

## Zahvala/Acknowledgements

Zaradi velikega števila vseh, ki so kakorkoli v večji ali manjši meri pomagali pri posredovanju ali zbiranju podatkov za to raziskavo, se vsakemu posamezniku ali ustanovi ni mogoče posebej zahvaliti, zato pristrčna hvala vsem skupaj. Obenem bralke ali bralce članka, ki bi vedeli za kakršne koli podatke o diplomskih značkah, ki v članku niso navedene, ali če ugotovijo, da je kakšna naša trditev pomanjkljiva, netočna ali celo napačna, vljudno prosimo, da to sporočijo na e-naslov janez.fischinger@guest.arnes.si ali na telefonsko številko avtorjev 01 23 13 221./ Due to a large number of people who contributed to collecting the data for this research work, we cannot thank each person or institution individually, so we would like to express our sincere thanks to all of you. At the same time, we would like to invite the readers who have any information related to these badges and pins that is not mentioned in the article, or if they have found some information in the article to be incorrect, to please write to us at: janez.fischinger@guest.arnes.si or call us on 00 386 123 132 21.

## Nasprotje interesov/Conflicts of interest

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

## Financiranje/Funding

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

## Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava 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).

## Literatura

Ambrožič, M., 1927. *Pravilnik Šole za sestre v zavodu za socialno-higiensko zaščito dece v Ljubljani*. Uradni list ljubljanske in mariborske oblasti, 9(2), pp. 1–2.

Borisov, P., 1995. *Ginekologija na Slovenskem od začetkov do leta 1980*. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti, p. 31.

Brbora, Z., 2015. *Službene značke i odore medicinskih sestara, primalja i bolničarki u Hrvatskoj (1914.–1990.)*. Dubrovnik: Samozaložba, pp. 1–23.

Brown, T., 1952. Nursing school pins. *American Journal of Nursing*, 52(10), p. 1224.

<https://doi.org/10.2307/3459842>

PMid:12985635

Callander-Grant, S., 2001. Nurses's badges: archaic symbols or icons of nursing? *International History of Nursing Journal* 6(2), pp. 71–74. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12143446> [6. 10. 2016].

PMid:12143446

Dobrajc, F., 2005. Razvoj šole od ustanovitve do danes. In: F. Dobrajc & M. Marolt, eds. *Zbornik ob 50-letnici Srednje zdravstvene šole Celje 1954–2004*. Celje: Srednja zdravstvena šola Celje, pp. 6–12.

Dragaš, B., 1930. *Pomoč novorojenčku in dojenčku*. Ljubljana: Knjižnica zavoda za zdravstveno zaščito mater in dece v Ljubljani, pp. 105. 125.

Dugac, Ž. & Horvat, K., 2013. Službeno, praktično i elegantno: o uniformama sestara pomoćnica-medicinskih sestara od 1920-ih do 1940-ih godina u Hrvatskoj. *Acta medico-historica Adriatica*, 11(2), pp. 251–274.

PMid:24304108

Ericksen, K., 2016. Nursing pinning ceremony: a rite of passage for graduates. Available at: <http://www.rasmussen.edu/degrees/nursing/blog/nursing-pinning-ceremony-rite-of-passage-for-graduates/> [6. 10. 2016].

Gradišek, A., 1974. 50 let zdravstvenega strokovnega šolstva na Slovenskem. *Zdravstveni obzornik*, 8(3), pp. 145–155.

Grypma, S., 2011. Reintroducing the pinning ceremony. *Journal of Christian Nursing*, 28(3), p. 127.

<https://doi.org/10.1097/CNJ.0b013e31821eb579>

PMid:21853710

Horvat, V., Strnad, M., Čebulec, J., Hedžet, A., Strablek, Š., Pertot, M., et al., 1935. Dopis gojenk Vodstvu šole za zaščitne sestre v Ljubljani. Privatni arhiv Fischinger.

Jarnovič, N., 1978. Značke medicinskih sester v Sloveniji. *Zdravstveni obzornik*, 12(1), pp. 54–55.

Keršič, I., Magajne, M., Sima, Đ. & Leskovec, I., 2011. *Medicinske sestre skozi čas*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, p. 27.

Knjiga diplom zdravstvene nege VŠZD Ljubljana, 1978. Arhiv Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani.

Kozon, V., 2006. *Pflegephaleristik-Katalog Österreich*. Wien: Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, pp. 8, 11.



- Kozon, V., 2011. Geschichte in Mitteleuropa im Spiegel der Pflegephaleristik. In: V. Kozon, E. Seidl & W. Walter, eds. *Geschichte der Pflege – der Blick über die Grenze*. Wien: Österreichische Gessellschaft für vaskuläre Pflege, pp. 147–202.
- Meglaughlin, J., 1990. *British nursing badges*. London: VadeMecum Press, pp. 1–182.
- Meixner Reed, M., 2009. American nursing pins in history and in context. *Nurse-entrepreneur-network*. Available at: <https://sites.google.com/site/nursingpinsandcollectibles/> [15. 9. 2015].
- Neja, 1969. Medicinska sestra Antonija Šiffrerjeva. *Zdravstveni Obzornik*, 3(3), p. 136.
- Organizacija otroških sester negovalk in vzgojiteljic, 1941. Otroške sestre negovalke in vzgojiteljice o svojem poklicu in v odgovor na pojasnilo o poklicu zaščitne sestre. *Slovenski narod*, 74(58), p. 2.
- Pirc, I., 1938. Zdravje v Sloveniji, II knjiga: zdravstvene prilike in delo higijenskih ustanov v Sloveniji 1922–1936. Ljubljana: Higijenski zavod v Ljubljani. p. 437.
- Rode, M.W., 1989. The nursing pin: symbol of 1,000 years of service. *Nursing Forum*, 24(1), pp. 15–17. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1989.tb00813.x> PMID:2694101
- Romih, K., Prebil, A., Skinder Savič, K., Mežik-Veber, M. & Skela-Savič, B., 2012. Prisega Angele Boškin za diplomante študijskega programa prve stopnje zdravstvene nege. *Utrip*, 20(6), pp. 16–18.
- Salobir, Z., & Vengušt, M., 2013. V zrcalu preteklosti in sedanosti. In: Z. Salobir, et al., eds. *Naše poti: jubilejni zbornik ob 50-letnici Strokovnega društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje*. Celje: Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Celje, pp. 20–46.
- Sutherland, K., 1997. The nursing pin. *Journal of Christian Nursing*, 14(2), pp. 26–27. <https://doi.org/10.1097/00005217-199714020-00010> PMID:9362801
- Šeparović, Z., 1989. Novo o položaju in odgovornosti medicinskih sester v zdravstvu. *Zdravstveni obzornik*, 23(1–2), pp. 31–42.
- Švajncer, J.J., 1983. *Naše stare značke*. Katalog. Pokrajinski muzej v Mariboru, p. 34.
- Šuštar, B., 1992. *Šola za sestre: zdravstveno šolstvo na Slovenskem: razstavni katalog*. Ljubljana: Slovenski šolski muzej, pp 1–135.
- Upravni odbor, 1953. Babiške značke. *Babiški vestnik*, 21(1,2), np.
- 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: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> [1. 9. 2017]. PMID:24141714

---

*Citirajte kot/Cite as:*

Fischinger, J. & Fischinger, D., 2017. Diplomske značke nekdanjih šol za medicinske sestre, otroške negovalke in babice v Sloveniji: interpretativna zgodovinska raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 328–339. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.174>

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

**SLOVENIAN NURSING REVIEW**  
JOURNAL OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA

Leto/Year **2017** Letnik/Volume **51**

**KAZALO/CONTENTS**

Glavna in odgovorna urednica/*Editor in Chief and Managing Editor*  
**izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič, znan. svet.**

Urednik, izvršni urednik/*Editor, Executive Editor*  
**doc. dr. Mirko Prosen**

Urednica, spletna urednica/*Editor, Web Editor*  
**Martina Kocbek Gajšt**

Uredniški odbor/*Editorial Board*

**viš. pred. mag. Branko Bregar, doc. dr. Simona Hvalič Touzery (št. 1-3), doc. dr. Sonja Kalauz,**  
**viš. pred. Igor Karnjuš, asist. Petra Klanjšek, pred. mag. Klavdija Kobal Straus, Martina Kocbek Gajšt,**  
**doc. dr. Andreja Kvas, doc. dr. Mateja Lorber, doc. dr. Miha Lučovnik, doc. dr. Ana Polona Mivšek,**  
**izr. prof. dr. Fiona Murphy, izr. prof. dr. Alvisa Palese, doc. dr. Mirko Prosen, izr. prof. dr. Polona Selič,**  
**izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič, viš. pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik, prof. dr. Debbie Tolson**

Lektorice za slovenščino/*Readers for Slovenian*  
**mag. Ana Božič (št. 1-4)**

Lektorici za angleščino/*Reader for English*  
**lekt. mag. Nina Bostič Bishop (št. 1-4), mag. Breda Vrhunec (št. 1-2), Zvezda 11,**  
**prevajalska agencija, d.o.o. (št. 1), mag. Julija Potrč (št. 4)**

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

Tisk in prelom/*Designed and printed by*  
Tiskarna Radovljica

**UVODNIK/LEADING ARTICLE**

- Writing for publication: avoiding the common pitfalls  
Pisanje za objavo: kako se izogniti najpogostejšim pastem  
*Leslie Gelling* 4
- The family medicine reference clinic: an example of interprofessional collaboration within a healthcare team  
Referenčne ambulante družinske medicine: primer medpoklicnega sodelovanja v zdravstvenem timu  
*Tonka Poplas Susič* 112
- 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
- Profesionalizacija zdravstvene nege v Sloveniji: izzivi in odgovornosti za visokošolsko izobražene medicinske sestre in zdravstvenike  
Professionalization of nursing in Slovenia: challenges and responsibilities for nurses with a higher education degree  
*Brigita Skela-Savič* 264

**IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE**

- Stress among employees in psychiatric nursing  
Stres med zaposlenimi na področju psihiatrične zdravstvene nege  
*Urška Nemeč, Klavdija Čuček Trifkovič* 9
- Izkušnje medicinskih sester v patronažnem varstvu z obiski na domu v okviru projekta Nadgrajena celovita obravnava pacienta: rezultati pilotne raziskave  
Experiences of community nurses with home visits in the framework of the Upgraded comprehensive patient care project: pilot study results  
*Jožica Ramšak Pajk, Tonka Poplas Susič* 24
- Obvladovanje dejavnikov tveganja za nastanek srčno-žilnih bolezni v referenčni ambulanti družinske medicine  
Managing risk factors for cardiovascular diseases in a reference family medicine clinic  
*Alenka Terbovc, Boštjan Gomišček* 34
- Uporaba novih psihoaktivnih snovi med študenti zdravstvenih in pedagoških poklicev  
The use of new psychoactive drugs among students of health and teaching professions  
*Eva Bučan, Branko Bregar* 42
- Differences in alcohol consumption habits between Roma and non-Roma in Northeastern Slovenia  
Razlike v uživanju alkohola med Romi in Neromi v severovzhodni Sloveniji  
*Erika Zelko, Jana Podojsteršek, Igor Švab, Marko Kolšek, Maja Sever* 116
- Razumevanje vloge medicinske sestre pri spremembi življenjskega sloga posameznikov, v preteklosti odvisnih od prepovedanih drog  
Understanding the role of a nurse in facilitating lifestyle change among former illicit substance abusers  
*Klavdija Kadenšek, Branko Bregar* 124

Uživanje alkohola med starostniki v domačem okolju: rezultati presejalnega testa SMAST-G Alcohol consumption among the elderly living at home: results of the SMAST-G screening test <i>Radojka Kobentar, Zoran Kusić</i>	134
Odnos reševalcev do uporabe različnih oblik prisilnih ukrepov The attitudes of paramedics to different forms of coercive measures <i>Samir Muminović, Branko Bregar</i>	143
Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novo zaposlenih na delovnem mestu: primer ene organizacije The attitude of employees in perioperative nursing to training new employees in the workplace: example of an organization <i>Tina Oblak, Brigita Skela Savič</i>	190
Ocena prehranskega stanja starejših v socialnovarstvenem zavodu Assessment of the nutritional status of the elderly in a residential home <i>Nika Urh, Katarina Babnik, Doroteja Rebec, Tamara Poklar Vatovec</i>	207
Analiza vodenja potermenske nosečnosti v Sloveniji v letu 2012 Analysis of management of pregnancies after 40 week of gestation in Slovenia in 2012 <i>Klavdija Obreza, Ivan Verdenik, Ana Polona Mivšek</i>	219
Prvo srečanje s porodno med študenti babištva: samoocena občutij s prvo klinično prakso v porodnem bloku First encounter with birth among midwifery students: self-assessed feelings with first clinical practice maternity ward <i>Tjaša Plemen, Ana Polona Mivšek</i>	226
Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev Development of nursing professionalization elements in Slovenia: the group interview technique <i>Brigita Skela-Savič</i>	274
Zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo: opisna raziskava Women's satisfaction with the childbirth experience: a descriptive research <i>Lara Menhart, Mirko Prosen</i>	298
Starizem v zdravstvenih ustanovah Ageism in healthcare institutions <i>Amadeus Lešnik, Jožefa Tomažič</i>	312
Opisna raziskava mnenj in stališč študentov zdravstvene nege ter kliničnih mentorjev glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja A descriptive research on opinions and views of nursing students and clinical mentors on assessment of clinical practice <i>Edita Meden, Andreja Kvas, Silvestra Hoyer</i>	320
Diplomske značke nekdanjih šol za medicinske sestre, otroške negovalke in babice v Sloveniji: interpretativna zgodovinska raziskava Graduation badges or pins of former nursing and midwifery schools in Slovenia: an interpretative historical research <i>Janez Fischinger, Duša Fischinger</i>	328

**PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE**

- Use of cutting-edge biomedical devices for intravenous cannulation in the health care of a patient: literature review  
Uporaba sodobnih biomedicinskih pripomočkov za vzpostavljanje periferne venske poti v zdravstveni oskrbi pacienta: pregled literature  
*Zvonka Fekonja, Majda Pajnikihar* 52
- Prednosti metode montessori pri obravnavi pacientov z demenco  
The benefits of the Montessori Method in the treatment of patients with dementia  
*Andreja Ljubič, Tamara Štemberger Kolnik* 75
- Oxytocin for labour induction or augmentation as a risk factor for autism: systematic literature review  
Povezava med uporabo oksitocina za sprožitev ali pospeševanje poroda in avtizmom: sistematični pregled literature  
*Marija Grosek, Miha Lučovnik* 153
- 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

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

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

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

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

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

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

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

## Navajanje literature

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo, 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 zgoščenek (CD-ROM):

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

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

## NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

### 1. Naslovna stran, ki vključuje:

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

## Zahvala/Acknowledgements

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

## Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

## Financiranje/Funding

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

## Etika raziskovanja/Ethical approval

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

## Prispevek avtorjev/Author contributions

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

**2. Glavni dokument**, ki je anonimiziran in vključuje naslov članka (obvezno brez avtorjev in kontaktnih podatkov), izvleček, ključne besede, besedilo članka v predpisani strukturi, tabele, slike in literaturo. Avtorji lahko v članku uporabijo največ 5 tabel/slik.

**Obseg članka:** članek naj vsebuje največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno

zasnovane raziskave. V ta obseg se ne štejejo izvleček, tabele, slike in seznam literature. Število besed članka je treba navesti v dokumentu »Naslovna stran«.

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

Tabele naj bodo označene z arabskimi zaporednimi števkami. 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 števkami. 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 osredinjeni obporodni skrbi. In: Z. Drglin, ed. *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales, Zgodovinsko društvo za južno Primorsko, pp. 17–30.

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

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

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

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

**Citing laws, codes and regulations:**

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

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

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

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

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

**Citing compact disk material (CD-ROM):**

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

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

**ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES**

The corresponding author must submit the manuscript electronically using the Open Journal System (OJS) available at: <http://obzornik.zbornica-zveza.si/>. The authors should adhere to the accepted guidelines and fill in all the sections given. Prior to submission the authors should prepare the manuscript in the following separate documents.

**1. The title page includes:**

- the title of the article;
- the full names of the author/s in the sequence as that in the article;
- the data about the authors (name, surname, their highest academic degree, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status, their mailing address), and the name of the corresponding author. If the article is written in the English language, the data about the authors should also be given in English. The authorship statement is included in the system;

- the information whether the article includes the results of some other larger research or whether the article is based on a diploma, master or doctoral thesis (in which case the first author is always the student) and the acknowledgements;
- authors' statements: Along with the manuscript, the authors have the obligation to submit the following statements (in the articles written in the Slovene language, the English version of the statements must be included. The statements will be included before the "Reference list" section after the manuscript has been reviewed and accepted for publication.

## Acknowledgements

All contributors who do not meet the criteria for authorship and provided purely technical help or general support in the research (non-author contributors) can be listed in the acknowledgments.

## Conflict of interest

When submitting a manuscript, the authors are responsible for recognizing and disclosing any conflicts of interest that might bias their work. If there are no such conflicts to acknowledge, the authors should declare this by the following statement: "The authors declare that no conflicts of interest exist."

## Funding

The authors are responsible for recognizing and disclosing in the manuscript all sources of funding received for the research submitted to the journal. This information includes the name of granting agencies funding the research, or the project number. If there are no such conflicts or financial support to acknowledge, the authors should declare this by the following statement: "The study received no funding."

## Ethical approval

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

## Author contributions

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

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

**Length of the manuscript:** Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The number of words should be given in the document "The title page".

The following **manuscript format** for submissions should be used: the text of the manuscript should be formatted for A4 size paper, double spacing, written in Times New Roman font, font size 12pt with 25 mm wide margins. Obligatory is the use of Microsoft Word template available at the Slovenian Nursing Review website.

The tables contain information organised into discrete rows and columns. They are sequentially numbered with Arabic numerals throughout the document according to the order in which they appear in the text. They should include at least two columns, a descriptive, but succinct title (*above the table*), the title row, optional row totals and column totals summarizing the data in respective rows and columns, and, if necessary, the notes and legends. There are no empty cells left in a table and the table size should not exceed 57 lines. Tables must conform to the following type: All tabular material should be 11pt font, Times New Roman font, single spacing, 0.5 pt spacing, left alignment in the first column and in all columns with the text, left alignment in the columns with statistical data, with no intersecting vertical lines. The editors, in agreement with the author/s, reserve the right to reduce the size of tables.

Figures are numbered consecutively in the order first cited in the text, using Arabic numerals. Captions and legends are given below each figure in Slovene and English, Times New Roman font, size 11. Figures are all illustrative material, including graphs, charts, drawings, photographs, diagrams. Only 2-dimensional, black-and-white pictures (also with

hatching) with a resolution of at least 300 dpi (dot per inch) are accepted. If the figures are in 2-dimensional coordinate system, both axis (x and y) should include the units or measures used.

The author will receive no payment from the publishers for the use of their article. Manuscripts and visual material will not be returned to the authors. The corresponding author will receive a PDF copy of the published article.

## The editorial board – author/s relationship

The manuscript is sent via web page to: <http://obzornik.zbornica-zveza.si/>. The Slovenian Nursing Review will consider only the manuscripts prepared according to the guidelines adopted. Initially all papers are assessed by an editorial committee which determines whether they meet basic standards and editorial criteria for publication. All articles considered for publication will have been subjected to a formal blind peer review by three external reviewers in order to satisfy the criteria of objectivity and of knowledge. Occasionally a paper will be returned to the author with the invitation to revise their manuscript in view of specific concerns and suggestions of reviewers and to return it within the agreed time period set by the editorial board. If the manuscript is not received by the given deadline, it will not be published. If authors disagree with the reviewers' claims and/or suggestions, they should provide written reasoned arguments, supported by existing evidence. Upon acceptance, the edited manuscript is sent back to the corresponding author for approval and resubmission of the manuscript final version. All manuscripts are proofread to improve the grammar and language presentation. The authors are also requested to read the first printed version of their work for printing mistakes and correct them in the PDF. Any other changes to the manuscript are not possible at this stage of publication process. If authors do not reply in three days, the first printed version is accepted.

## GUIDE TO REVIEWERS

Reviewers play an essential part in science and in scholarly publishing. They uphold and safeguard the scientific quality and validity of individual articles and also the overall integrity of the Slovenian Nursing Review. Reviewers are selected independently by the editorial board on account of their content or methodological expertise. For each article, reviewers must complete a review form on a OJS format including criteria for evaluation. The manuscripts under review are assessed in light of the journal's guidelines for authors, the scientific and professional validity and relevance of the topic, and methodology applied. Reviewers may add language suggestions, but they are

not responsible for grammar or language mistakes. The title should be succinct and clear and should accurately reflect the topic of the article. The abstract should be concise and self-contained, providing information on the objectives of the study, the applied methodology, the summary and significance of principal findings, and major conclusions. Reviewers are obliged to inform the editorial board of any inconsistencies. The review focuses also on proper use of the conventional citation style and accuracy and consistency of references (concordance of in-text and and-of-text reference), evaluation of sources (recency of publication, reference to domestic sources on the same or similar subjects, acknowledgement of other publications, possible avoidance of the works which contradict or disaccord with the author's claims and conclusions, failure to include quotations or give the appropriate citation). All available sources need to be verified. The figures and tables must not duplicate the material in the text. They are assessed in view of their relevance, presentation and reference to the text. Special attention is to be paid to the use of abbreviations and acronyms. One of the functions of reviewers is to prevent any form of plagiarism and theft of another's intellectual property.

The reviewers should complete their review within the agreed time period, or else immediately notify the editorial board of the delay. Reviewers are not allowed to copy, distribute or misuse the content of the articles. The reviews are subjected to an external, blind, peer review process. Through the OJS system prospective reviewer will receive a manuscript with the authors' names removed from the document. For each article, reviewers must complete a review form in the OJS system with the evaluation criteria laid out therein. The reviewer may accept the manuscript for publication as it is or may require revision, remaking and resubmission if significant changes to the paper are necessary. The manuscript is rejected if it fails to meet the required criteria for publication or if it is not suitable for this type of journal. The reviewer should, however, respect the author's integrity. All comments and suggestions to the author are outlined in detail within the text by using the MS Word function *Track changes*. The reviewed manuscript, including anonymised suggestions, are loaded in the OJS system and made accessible to the author. The reviewer should be careful to mask their identity before applying this function. The final acceptance and publication decision rests with the editorial board.

## Literature

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

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

*Updated on November 21, 2016*

---

### *Cite as:*

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

# Obzornik zdravstvene nege

## Slovenian Nursing Review

### NAROČILNICA

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

Ime:

Priimek:

Ulica:

Pošta:

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

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

Kraj in datum:

Podpis:



# Obzornik zdravstvene nege

## Slovenian Nursing Review

### NAROČILNICA

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

Ime / Naziv:

Ulica:

Pošta:

Naročnino bomo poravnali v osmih dneh po prejemu računa.

Davčna številka:

Kraj in datum:

Podpis in žig:



## **SLOVENIAN NURSING REVIEW**

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

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

Founded and published by:

**The Nurses and Midwives Association of Slovenia**

Editor in Chief and Managing Editor:

**Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Research Counsellor, 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
- **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**

**Julija Potrč, MA**

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: 750 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

- Professionalization of nursing in Slovenia: challenges and responsibilities for nurses with a higher education degree  
Profesionalizacija zdravstvene nege v Sloveniji: izzivi in odgovornosti za visokošolsko izobražene medicinske sestre in zdravstvenike  
*Brigita Skela-Savič* 264

## IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Development of nursing professionalization elements in Slovenia: the group interview technique  
Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev  
*Brigita Skela-Savič* 274

- Women's satisfaction with the childbirth experience: a descriptive research  
Zadovoljstvo žensk s porodno izkušnjo: opisna raziskava  
*Lara Menhart, Mirko Prosen* 298

- Starizem v zdravstvenih ustanovah  
Ageism in healthcare institutions  
*Amadeus Lešnik, Jožefa Tomažič* 312

- Opisna raziskava mnenj in stališč študentov zdravstvene nege ter kliničnih mentorjev glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja  
A descriptive research on opinions and views of nursing students and clinical mentors on assessment of clinical practice  
*Edita Meden, Andreja Kvas, Silvestra Hoyer* 320

- Diplomske značke nekdanjih šol za medicinske sestre, otroške negovalke in babice v Sloveniji: interpretativna zgodovinska raziskava  
Graduation badges or pins of former nursing and midwifery schools in Slovenia: an interpretative historical research  
*Janez Fischinger, Duša Fischinger* 328

