

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



53(4)

Ljubljana 2019

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

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

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

Ustanovitelj in izdajatelj:

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

Glavna in odgovorna urednica:

doc. dr. Mateja Lorber

Urednik, izvršni urednik:

doc. dr. Mirko Prosen

Urednica, spletna urednica:

Martina Kocbek Gajšt

Uredniški odbor:

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

Lektorica za slovenščino:

Simona Jeretina

Lektorici za angleščino:

lekt. mag. Nina Bostič Bishop

lekt. dr. Martina Paradž

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

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

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

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

Naklada: 610 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.

Izdajo sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

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 2019 Letnik 53 Številka 4
Ljubljana 2019 Volume 53 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), DOAJ (Directory of Open Access Journals), J-GATE, Index Copernicus International.

SLOVENIAN NURSING REVIEW

AIMS AND SCOPE

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

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

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

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

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

KAZALO / CONTENTS**UVODNIK / LEADING ARTICLE**

- Dokument Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege: nastanek, odzivi in izzivi
 Document Professional competencies and activities of practitioners in nursing care: development, responses and challenges
Monika Ažman 264

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Factors affecting dental services accessibility: a qualitative study
 Dejavniki dostopnosti zobozdravstvenih storitev: kvalitativna analiza
Miran Forjanič, Valerij Dermol, Valentina Prevolnik Rupel 269
- Sex life during pregnancy: survey among women
 Spolno življenje v nosečnosti: anketa med ženskami
Tamara Košec, Anita Jug Došler, Mateja Kusterle, Ana Polona Mivšek 280
- Vpliv porodnih praks na porodno izkušnjo v institucionalni oskrbi: sekundarna analiza kvalitativnih podatkov
 The impact of childbirth practices in institutionalised care on childbirth experience: qualitative secondary analysis
Mirko Prosen 288
- Odnos diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na primarni in terciarni ravni, do raziskovanja v zdravstveni negi
 Attitudes of registered nurses employed in primary and tertiary health care towards research in nursing
Filip Krajnc, Saša Kadivec 300
- Perspektiva študentov zdravstvene nege do istospolno usmerjenih: opisna raziskava
 The attitudes of nursing students towards homosexuals: a descriptive research
Danijela Šavli, Sabina Ličen 309

Uvodnik / Leading article

Dokument *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege*: nastanek, odzivi in izzivi

Document *Professional competencies and activities of practitioners in nursing care*: development, responses and challenges

Monika Ažman

Napredek znanosti in tehnologij, starajoča se populacija ter pričakovanja posameznika in družbe kot celote, vezana na zdravje, postavljajo stroki zdravstvene nege nove izzive. Če želi prepoznati potrebe po zdravstveni negi v spremenjenem okolju, se mora odzivati na nova znanja, tehnološke, kulturne, politične in družbenoekonomske spremembe v družbi (Trobec, et al., 2014). Prav zato je izrednega pomena, da so znanja, veščine, spretnosti in odgovornosti različnih izvajalcev znotraj negovalnega tima natančno opredeljeni.

Obstajajo sicer številne opredelitve kompetenc, ki se med seboj nekoliko razlikujejo. Če bi želeli bistveno povedati na preprost način, bi lahko povzeli, da so kompetence skupek sposobnosti, znanj, spretnosti, veščin, stališč, motivacije in odzivov posameznika, ki mu omogočajo učinkovito, uspešno in kakovostno opravljanje delovnih nalog in aktivnosti ter posledično doseganje zastavljenih ciljev. Čim bolj je neko delo kompleksno, tem bolj so kompetence pomembne za njegov uspeh (The Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD]), 2010).

Na podlagi mnogih aktivnosti, pogajanj in pobud tako civilne družbe kot sindikatov, ki zastopajo izvajalce zdravstvene nege, ter tudi strokovnih stališč izobraževalnih institucij in strokovne organizacije Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveze strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornice – Zveze), da je treba v slovenski zdravstveni negi dokončno urediti pristojnosti posameznih izvajalcev zdravstvene nege (diplomirane medicinske sestre, tehnika zdravstvene nege in bolničarja – negovalca), je Ministrstvo za zdravje pripravilo poseben 38. člen prehodnih in končnih določb Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti. Sprejel ga je Državni zbor Republike Slovenije na seji

19. septembra 2017, veljati pa je začel 17. decembra 2017 (Uradni list RS, št. 64/17, v nadaljevanju ZZDej-K). Omenjeni 38. člen ZZDej ureja priznavanje kompetenc srednjih medicinskih sester za delo na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre, ki so jih srednje medicinske sestre pridobile z večletnim izvajanjem aktivnosti na delovnem mestu diplomirane medicinske sestre. V prvem, drugem in tretjem odstavku opredeli pogoje za priznavanje kompetenc, vezane na zaključek srednješolskega strokovnega izobraževalnega programa zdravstvene nege, časovnega obdobja preseganja kompetenc ter pogoja, da izvajalec kompetence presega pretežno, se pravi več kot 50 odstotkov delovnega časa.

Z namenom razmejitve poklicnih kompetenc in aktivnosti v zdravstveni negi med različnimi poklicnimi skupinami izvajalcev zdravstvene nege je zakon naložil Razširjenemu strokovnemu kolegiju za zdravstveno in babiško nego (RSKZBN) ter Zbornici – Zvezi pripravo dokumenta prenovljenih poklicnih aktivnosti in kompetenc v zdravstveni negi. Pripravile naj bi ga najpozneje v treh mesecih od uveljavitve tega zakona, to je najpozneje do 17. marca 2018.

Zgodovinski oris nastajanja dokumenta

Začetki razmejevanja zdravstvene nege sodijo v zgodnja devetdeseta leta prejšnjega stoletja. Prvi dokument z naslovom *Razmejitev zdravstvene nege* (Škerbinek, 1993), ki ga je sprejel Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego (RSKZN) na sejah 9. februarja 1991 in 22. maja 1992, je temeljil na prikazu dela stroke zdravstvene nege oziroma razlik med zdravstveno in neprofesionalno nego. Navedel je tudi sredstva, potrebna za delo s pacienti. Posebnost dokumenta je, da ne ureja razmejitve zdravstvene nege med izvajalci, opredeljuje pa zdravstveno

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

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

Prejeto / Received: 23. 11. 2019
Sprejeto / Accepted: 29. 11. 2019

nego pacienta na domu in zdravstveno nego v socialnih zavodih, ki jo izvajajo višja medicinska sestra, zdravstveni tehnik in bolničarka. Naloge zdravstvene nege so stopnjevane in razdeljene glede na zahtevnost in izvajalca zdravstvene nege, in sicer na: najzahtevnejša dela in naloge oziroma opravila, ki jih opravlja višja medicinska sestra; zahtevna dela in naloge oziroma opravila, ki jih opravlja zdravstveni tehnik; manj zahtevna dela in naloge oziroma opravila, ki jih opravlja bolničar. Strokovna opravila zdravstvene nege pacienta so opredeljena kot postopki zdravstvene nege pacienta in medicinsko-tehnični posegi.

Sledila je nadgradnja z dokumentom z enakim naslovom *Razmejitev zdravstvene nege* (Zbornica zdravstvene nege, 1997), ki sta ga potrdila RSKZN (14. marca 1996) in Zdravstveni svet Ministrstva za zdravje (6. novembra 1997). Dokument je nastal zaradi potreb po pregledu nalog, ki so jih opravljali tehniki zdravstvene nege in višje medicinske sestre, ter zaradi razmejitve dela med višjo medicinsko sestro in zdravnikom. Predstavljal je temeljne in zavezujoče osnove za oblikovanje izobraževalnih programov, definiranje delovnih mest v zdravstvenih institucijah, pri izvajanju strokovnih nadzorov, pripravništva in strokovnega izpita in izdelavi nomenklature poklicev v zdravstveni negi. Nabor intervencij je bil razdeljen na dva dela: splošni ali intervencije glede na temeljne življenjske aktivnosti in druge negovalne intervencije, kamor sodijo organizacija zdravstvene nege, intervencije, povezane z dajanjem zdravil in izvajanje medicinsko-tehničnih posegov. Skupaj je v dokumentu nanizanih 470 negovalnih intervencij, ki jih višja medicinska sestra lahko izvaja oziroma jih zna izvajati in pri tem odgovarja za strokovnost izvedbe. Tehnik zdravstvene nege glede na dokument lahko izvede 56 % splošnih negovalnih intervencij in 42 % drugih negovalnih intervencij oziroma gledano v celoti 51 % vseh negovalnih intervencij.

Zaradi hitrih sprememb v sistemu zdravstvenega varstva, vplivov družbenega okolja in spreminjanja pravnega reda Evropske unije je Zbornica – Zveza na tretjem posvetu leta 2002 sprejela odločitev, da je treba pripraviti nov dokument. Tako je bil leta 2008 pripravljen in izdan strokovni dokument z naslovom *Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni in babiški negi* (Zbornica – Zveza, 2008). RSKZN ga je sprejel na začetku leta 2009. Dokument je obravnaval Zdravstveni svet pri Ministrstvu za zdravje, a dokončne odločitve ni sprejel. Poleg opredelitve zdravstvene in babiške nege vsebuje tudi kodeks etike izvajalcev dejavnosti zdravstvene in babiške nege ter poglavje o timih v zdravstveni in babiški negi. Kompetence so v uvodnem razlagalnem delu podprte z direktivami Evropske unije (EU) in Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN). Seznam aktivnosti v zdravstveni in babiški negi je opredeljen po temeljnih življenjskih aktivnostih (model Virginie Handerson) ter drugih aktivnostih. Poleg organizacije zdravstvene

nege, posegov in postopkov, priprave pacienta in dodajanja zdravil vsebuje še preprečevanje bolnišničnih okužb ter aktivnosti na specifičnih področjih. Izvajalci posameznih aktivnosti, opredeljenih v dokumentu, so diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica, tehnik zdravstvene nege in bolničar – negovalec. Dokument zajema skupaj 1576 negovalnih intervencij oziroma poklicnih aktivnosti: 598 je splošnih, povezanih s temeljnimi življenjskimi aktivnostmi, 451 drugih, 536 pa poklicnih aktivnostih na specialnih področjih.

Dokumentu sledijo specifični dokumenti za ožja strokovna področja: *Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulantni družinski medicine* (2010), *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu* (2011), *Aktivnosti zdravstvene nege na področju nefrologije, dialize in transplantacije* (2012), *Poklicne aktivnosti in kompetence zdravstvene nege in oskrbe v Slovenski vojski* (2014) in *Aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe na področju socialnovarstvenih zavodov* (2015).

Oblikovanje in uporaba dokumenta

Upravni odbor Zbornice – Zveze je na svoji redni seji 13. julija 2016 sklenil, da imenuje novo delovno skupino za revizijo dokumenta iz leta 2008. Vodilo strokovnjakom je bilo oblikovati nabor poklicnih kompetenc in poklicnih aktivnosti, ki izhajajo izključno iz formalnih oblik izobraževanja in kontinuiranega formalnega izobraževanja glede na poklicno področje delovanja posameznika in raven izobraževanja po slovenskem ogrodju kvalifikacij (Ministrstvo za znanost, izobraževanje in šport, 2015).

Novonastali dokument *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege* (Zbornica – Zveza, 2019) je oblikovan v skladu s posodobljeno direktivo EU 2013/55/EU, ki v členu 31 dopolni direktivo 2005/36/ES. Določa minimalne izobraževalne zahteve medicinskih sester za splošno zdravstveno nego in vključuje niz osmih kompetenc. Splošne pristojnosti in poklicne aktivnosti vseh izvajalcev zdravstvene nege so povzete po dokumentu Evropskega združenja medicinskih sester (EFN), kjer razmerje med osmimi kompetencami vsebuje področja: kultura, etika in vrednote, promocija zdravja in preventiva, usmerjanje in poučevanje, sprejemanje odločitev, komunikacija in timsko delo, raziskovanje, razvoj in vodenje ter zdravstvena nega (Zbornica – Zveza, 2015). Dokument je pripravljen po mednarodnih usmeritvah, tudi v kontekstu opredelitve ravni kompetenc v zdravstveni negi, povezanih z doseženim izobraževanjem. Pri tem upošteva izvajalce dejavnosti zdravstvene nege, ki so se opisanih poklicnih kompetenc in iz njih izhajajočih poklicnih aktivnosti naučili v formalnem izobraževalnem sistemu ter si s kontinuiranim profesionalnim izobraževanjem med poklicnim delom

pridobili specifične poklicne kompetence, vezane na področje dela, ki ne smejo posegati v kompetence višje ravni. S tem so postali pristojni za samostojno in odgovorno izvajanje poklicne dejavnosti v vsakodnevni klinični praksi. Dokument predstavi pet ravni kompetenc – natančneje opredeli prve tri, četrta in peta raven sta nakazani (Skela-Savič, 2015). V teoretičnem delu opredeli neposredno in posredno izvajanje zdravstvene nege. Oba načina sta vezana na uresničevanje aktivnosti, povezanih z diagnostiko in zdravljenjem v zdravstvenem timu ter zadovoljevanjem potreb, ki jih ima pacient po aktivnostih zdravstvene nege. Predstavljen je tudi procesni način izvajanja zdravstvene nege, ki ga izvajajo člani negovalnega tima in predstavlja osnovo za zagotavljanje konsistentne, kakovostne in neprekinjene zdravstvene nege, pa tudi poklicne odgovornosti.

Sprejetje dokumenta in implementacija dokumenta v klinična okolja

Skladno z navedenimi roki v okviru ZZDej-K je Upravni odbor Zbornice – Zveze na enaindvajseti redni seji 6. februarja 2018 s sklepom 327/21UO sprejel dokument *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege*. Potrdil ga je RSKZBN na prvi izredni in sedmi korespondenčni seji 12. marca 2018. Dokument je bil v zakonsko opredeljenem roku pravočasno posredovan Ministrstvu za zdravje, ki pa kljub priporočilu Zdravstvenega sveta (14. junija 2018) k dokumentu ni podalo soglasja vse do 16. maja 2019. S sprejetjem dokumenta so bili vzpostavljeni pogoji za nadaljnje izvrševanje 38. člena ZZDej-K, dokument pa skladno z zakonskim pooblastilom predstavlja pravno podlago za razmejitev poklicnih kompetenc in aktivnosti izvajalcev zdravstvene nege v dejavnosti zdravstvene nege. Prvič do zdaj je zakon opredelil tudi prekrškovni del in za neizpolnjevanje omenjenega člena opredelil globo v višini od 300 do 50.000 EUR.

Na implementacijo dokumenta v klinična okolja so se odzvali strokovna javnost, mediji in politika. Koordinacija zdravniških organizacij (Pismo koordinacije zdravniških organizacij, 2019), v katero so vključeni Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Sindikat Fides in Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, je v odprtem pismu ministru za zdravje Alešu Šabedru zapisala, »da vodi dokument v napačno, bolnikom škodljivo smer«. Svoje prepričanje je podkrepila z izjavami, da zdravstvena nega ne predstavlja samostojnega stebra v izvajanju zdravstvenih storitev, da »dokument ne upošteva dejstva, da so za postopke zdravljenja odgovorni le zdravniki; da torej pacienti prihajajo k zdravnikom, ki v proces zdravljenja po lastni strokovni presoji vključijo tudi zdravstveno nego; da zdravstvena nega ne more predstavljati avtonomije v sistemu zdravstva in da dokument grobo vstopa v delokrog zdravnika,

ob tem pa ne nosi nobene odgovornosti«. V pismu so zapisali še, da zdravniki nasprotujejo predvidenemu razmerju med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami 80 : 20 v korist diplomiranih, ker jih v tolikšnem obsegu za sodelovanje pri delu s pacienti ne potrebujejo. Pismo so sklenili z odločnim nasprotovanjem, da se diplomirane medicinske sestre »brez potrebe vriva v zdravniške time«, in ministra za zdravje zaprosili, da soglasje k dokumentu do nadaljnjega zamrzne.

Zbornica – Zveza je bila v obdobju od maja do novembra 2019 vključena v različne oblike pojasnjevanja dokumenta. Bila je pobudnica ustanovitve delovne skupine na Ministrstvu za zdravje, ki je pripravila več kot 220 odgovorov na vprašanja delodajalcev oziroma izvajalcev zdravstvene nege na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Na pobudo poslanske skupine Nova Slovenija – Krščanski demokrati je bila sklicana petnajsta nujna seja Odbora za zdravstvo s točko dnevnega reda »Kako varni so bolniki zaradi sprejema dokumenta *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege?*«. Kot nosilec javnega pooblastila in regulacijsko telo na področju zdravstvene in babiške nege je Zbornica – Zveza dolžna slediti evropski direktivi o priznavanju poklicnih kvalifikacij 2013/55/ EU, zato je za podporo pri udejanjanju dokumenta zaprosila tudi Evropsko federacijo združenj medicinskih sester, ki je prizadevanja podprla (Pismo podpore Evropske federacije združenj medicinskih sester (EFN) ob implementaciji 38. člena ZZDej-K, 2019).

Ob upoštevanju navodil in smernic zdravstvene nege, ki so določene v dokumentu poklicnih kompetenc in aktivnosti iz leta 2008 in so z Aneksom h kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi (Uradni list RS, št. 107/11) del kolektivne pogodbe za zaposlene v zdravstveni negi, do organizacijskih težav v posameznih zavodih, kjer se izvaja dejavnost zdravstvene nege, zagotovo ne bi prišlo v tolikšnem obsegu. Organizacijske težave v zavodih so posledica dolgoletnega neustreznega kadrovanja, neupoštevanja smernic in kompetenc stroke zdravstvene nege in neimplementacije dokumenta. Ta namreč nazorno razkriva nepravilnosti zdravstvenega sistema, ki jih je treba rešiti. Še več – razkriva neupoštevanje zakonodaje o delokrogih in pristojnostih zdravstvenih delavcev ter dokazuje, da zdravstvene storitve izvajajo zdravstveni delavci različnih poklicnih skupin, ki se srečujejo z vedno bolj zahtevno zdravstveno obravnavo, večjimi pričakovani pacienti in povečanjem obsega storitev.

V prihodnost usmerjena slovenska zdravstvena nega

Dokument *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege* je oblikovan odprto in ga je treba razvijati in nadgrajevati. Prav zato smo v njem zapisali, da se zavedamo, kako izvajalci zdravstvene nege razvijajo svojo stroko

na podlagi kritične refleksije in raziskovalnega dela. Skladno s tem se od leta 2007 dalje vertikalno razvija visokošolsko izobraževanje: izvajajo se štirje magistrski študiji zdravstvene nege, doktorski študij zdravstvene nege in doktorski študij zdravstvenih ved s smerjo zdravstvena nega. Potrebe pacientov in potrebe kliničnih okolij vedno bolj opozarjajo, da v zdravstveni negi potrebujemo specialistična in napredna znanja. V skladu s profesionalnim razvojem in razvojem zdravstvene nege tako v germanskem kot anglosaškem prostoru se povečujeta tako število kot stopnja izobrazbe izvajalcev zdravstvene nege. Znanja in kompetence na drugi in tretji stopnji visokošolskega izobraževanja spodbujajo razvoj stroke in pridobivanje naprednih znanj v zdravstveni negi, zato je prav, da smo jih zapisali v obstoječi dokument. Na podlagi potreb kliničnih okolij so se razširile kompetence tudi v prenovljenem programu zdravstvena nega, za poklic tehnika zdravstvene nege in področje dela dolgotrajne oskrbe, ki bo postalo eno pomembnih delovišč zdravstvenih delavcev v zdravstveni negi.

Rešitev zato zagotovo ni v odpravi dokumenta, saj ta na osnovi znanja, spretnosti in veščin, ki jih posamezni izvajalci zdravstvene nege danes v Sloveniji pridobijo v izobraževalnem procesu, jasno in na mednarodno primerljivi ravni ureja razmejitev del izvajalcev zdravstvene nege. Bolj kot kadar koli doslej je pomembno zavedanje, da moramo povečati ugled in status zdravstvene nege in s tem zadržati medicinske sestre v poklicu ter preprečiti še večje pomanjkanje (Zadržanje medicinskih sester v poklicu, 2019). Dejavnost zdravstvene in babiške nege pomembno vpliva na zdravstveno obravnavo, zaposleni v dejavnosti zdravstvene in babiške nege ter oskrbe pa predstavljajo najštevilčnejšo poklicno skupino zaposlenih v zdravstvu ter institucionalnem varstvu. Le zadostna količina dobro izobraženih medicinskih sester in babic bo lahko okrepila svoje mesto v središču reševanja zdravstvenih izzivov enainvajsetega stoletja in povečala svoj prispevek pri doseganju univerzalnega zdravstvenega varstva, kar je eden izmed ciljev globalne kampanje *Nursing Now*, ki trenutno poteka tudi v naši državi (Svetovna kampanja Nursing Now, 2019).

Literatura

Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta 2005/36, 2005. Uradni list Evropske unije L 255/22.

Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta 2013/55, 2013. Uradni list Evropske unije L 354/132.

Ministrstvo za znanost, izobraževanje in šport, 2015. *Slovensko ogrodje kvalifikacij za boljšo preglednost in dostopnost kvalifikacij v Sloveniji in EU*. Ljubljana: Ministrstvo za znanost, izobraževanje in šport. Available at: https://www.nok.si/sites/www.nok.si/files/documents/sokbrosura_strokovna_155x295_potrditev2.pdf [10. 11. 2019].

Pismo podpore Evropske federacije združenj medicinskih sester (EFN) ob implementaciji 38. člena ZZDej-K, 2019. Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/pismo-podpore-evropske-federacije-zdruzenj-medicinskih-sester-efn-ob-implementaciji-38-clena-zzdej-k> [10. 11. 2019].

Pismo koordinacije zdravniških organizacij, 2019. Available at: <http://www.szd.si/wp-content/uploads/2019/09/szd-koordinacija-zdravniskih-organizacij-kompetence-v-zdravstveni-negi-dopis.pdf> [10. 11. 2019].

Skela-Savič, B., 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvene nege (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 320–333. <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.4.79>

Svetovna kampanja »Nursing Now«, 2019. Available at: www.zbornica-zveza.si/sl/svetovna-kampanja-nursing-now [10. 11. 2019].

Škerbinek, L., 1993. Uvodnik: razmejitev zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 27(1/2), pp. 1–43. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/1974> [10. 11. 2019].

The Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2010. *Managing competencies in government: state of the art practices and issues at stake for the future*. Paris: The Organisation for Economic Cooperation and Development.

Trobec, I., Čuk, V. & Istenič Starčič, A., 2014. Kompetence zdravstvene nege ter opredelitev strategij razvoja kompetenc na dodiplomskem študiju zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 310–322. <https://doi.org/10.14528/snr.2014.48.4.38>

Zadržanje medicinskih sester v poklicu, 2019. Available at: http://flipbooks.prelom.si/ICN_Nurse_retention_FINAL_SLO.html#book_pdf/1 [10. 11. 2019].

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-K), 2017. Uradni list Republike Slovenije št. 64.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1997. Razmejitev zdravstvene nege. *Utrip*, 5(12), pp. 21–40.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2008. *Poklicne kompetence in aktivnosti v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Dostopno na: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/poklicne_aktivnosti_in_kompetence08_0.pdf [10. 11. 2019].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2015. *EFN smernice za implementacijo člena 31 o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij glede na Direktivo 2005/36/ EC, dopolnjeno z Direktivo 2013/ 55/ EU*. Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/efn-smernice-za-implementation-31-clena-direktive-o-priznavanju-poklicnih-kvalifikacij> [10. 11. 2019].

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2019. *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/dokument_kpa_vzbn_16.5_2019_sprejete.pdf [10. 11. 2019].

Citirajte kot / Cite as:

Ažman, M., 2019. Dokument Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege: nastanek, odzivi in izzivi. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), pp. 264–268. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.4.3003>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Factors affecting dental services accessibility: a qualitative study Dejavniki dostopnosti zobozdravstvenih storitev: kvalitativna analiza

Miran Forjanič, Valerij Dermol, Valentina Prevolnik Rupel

Key words: dentistry; accessibility; focus group; system stakeholders

Ključne besede: zobozdravstvo; dostopnost; fokusna skupina; sistemski deležniki

Miran Forjanič, MSc, BSc;
Zasebni zdravstveni delavec
Miran Forjanič, Črtomirova 6,
9000 Murska Sobota, Slovenia

*Correspondence e-mail /
Kontaktni e-naslov:*
miran.forjanic@gmail.com

Associate Professor Valerij
Dermol, PhD, MSc, BSc;
International School for
Social and Business studies,
Mariborska 7, 3000 Celje,
Slovenia

Associate Professor Valentina
Prevolnik Rupel, PhD, MSc,
BSc; Institute for Economic
Research, Kardeljeva ploščad
17, 1000 Ljubljana, Slovenia

ABSTRACT

Introduction: Access to dental services is a basic right included in the compulsory health insurance for patients and thus an important part of the healthcare system in Slovenia. The purpose of this research was to identify and explore the factors that have the greatest impact on the accessibility of dental services from the perspective of the system stakeholders in Slovenia.

Methods: A qualitative study was conducted based on the focus group method. The focus group consisted of relevant system stakeholders, namely two representatives of the regulator, provider and payer, a total of six participants. A thematic analysis was carried out in order to identify the patterns and themes within the qualitative data obtained.

Results: The results of the focus group revealed the views of system stakeholder on the accessibility of dental services in Slovenia. According to the system stakeholders' perspective, accessibility of dental services in Slovenia is not optimal and significant changes in terms of financing and organisation are required.

Discussion and conclusion: We found that the lack of adequate human resources, insufficient health insurance and payment for services are the crucial factors in providing adequate access to dental health in Slovenia. In order to increase its accessibility, the dental programme needs to be expanded and the number of teams for its implementation increased.

IZVLEČEK

Uvod: Dostopnost do zobozdravstvenih storitev je osnovna pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pacientov in je tako pomemben del zdravstvenega sistema v Sloveniji. Namen raziskave je bil ugotoviti in raziskati dejavnike dostopnosti, ki z vidika sistemskih deležnikov najbolj vplivajo na dostopnost zobozdravstvenih storitev v Sloveniji.

Metode: Izvedena je bila kvalitativna raziskava z metodo fokusne skupine. V njej so sodelovali relevantni sistemski deležniki, in sicer po dva predstavnika regulatorja, izvajalca in plačnika – skupaj šest deležnikov. Uporabljena je bila tematska analiza, ki omogoča prepoznavanje vzorcev in ključnih tem na podlagi kvalitativnih podatkov.

Rezultati: Ugotovitve fokusne skupine razkrivajo stališča sistemskih deležnikov o dostopnosti zobozdravstvenih storitev v Sloveniji. Vidik sistemskih deležnikov nakazuje, da dostopnost do zobozdravstvenih storitev ni optimalna, zato so potrebne spremembe, še posebej z vidika financiranja in organizacije.

Diskusija in zaključek: Ugotovljeno je bilo, da so pomanjkanje ustreznega kadra, nezadostno zdravstveno zavarovanje in plačevanje storitev najpomembnejši dejavniki pri zagotavljanju ustreznega dostopa do zobozdravstvenega zdravja v Sloveniji. Da bi povečali dostopnost, je treba dentalni program razširiti in povečati število timov za njegovo izvajanje.

The article is based on the research for Doctoral dissertation of Miran Forjanič with the working title *Availability of dental practice in Slovenia*.

Received / Prejeto: 23. 6. 2019
Accepted / Sprejeto: 23. 11. 2019

Introduction

Accessibility is wholly dependent on system stakeholders, with each stakeholder representing their point of view. Accessibility is defined as the extent to which a consumer or user can obtain goods or services at the time when they are needed (Business Dictionary, 2017). While the definition of accessibility specifies in exact terms the meaning of accessibility, measuring and providing it remains difficult in practice (Evans, et al., 2013).

In Slovenia, the health care system is based on social health insurance. The principles of solidarity, non-profit and social justice apply (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 [ReNPVZ16-25], 2016). Dental service accessibility in Slovenia depends primarily on the payer (the Health Insurance Institute of Slovenia) and consequently on the providers of services. Since due to payer's restrictions only a certain number of services paid by public funds can be performed by the provider, accessibility at no extra cost which would still meet the needs and demands of the citizens is difficult to provide (Albreht, et al., 2016).

Private health expenditure is higher in Slovenia than the EU average by almost 1 % (SL 27.8 %, EU 26.7 %), but more than half is covered from the system of supplementary health insurance. In the context of international comparison, these expenditures are relatively low; they stood at 12.6 % in Slovenia in 2016 and 21.8 % in the EU (Prevolnik Rupel, 2016). According to the World Health Organization (2012) recommendations, health expenditure is acceptable and does not jeopardize financial accessibility if it remains below 15 %. In expenditures structure, in Slovenia, the largest share, almost 60 %, is spent on medicines and medical devices, while dental services reach only 13 % of total health expenditure. The reason for inequality in health care in Slovenia cannot be attributed to financing; the financial system provides accessibility to the "basket of rights" fairly equally to the entire population and guarantees relatively low direct payments (Zver & Srakar, 2018).

Accessibility of dental services in Slovenia is influenced by several factors, which, according to the literature, can be divided into a financial factor (or availability of financial resources), regulation by law, human resources and the organisational factor (Albreht, et al., 2016).

Financial factor

A mixed model of payment is applied in dental practice; by the services provided, billed according to the Green Paper (Zdravstvena skupnost Slovenije, 1982) and according to the capitation, but to a predetermined extent, which is set annually under the contract of the Health Insurance Institute of Slovenia.

The Health Insurance Institute takes into account the number of persons identified from the previous year in order to calculate the capitation. The value is defined as the annual plan, according to which half of the programme represents the capitation and the other half represents the service system (Albreht, et al., 2016). The funds collected from various sources are essential for the organisation of dental services. The funds for the implementation of the programme are collected in the form of contributions from compulsory health insurance, supplementary health insurance and payments from one's own pocket (Prevolnik Rupel, 2016).

Regulation by law

In Slovenia, access to health services is well regulated by law, which guarantees the rights and equity of services to all citizens, equally and according to their needs (Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije [NPZV], 2000; Zakon o Zdravniški službi [ZZdrS], 2006; Kiauta, et al., 2010). Despite a well-regulated system, due to unclear provisions of secondary legislation and inadequate solutions in the implementation and provision of dental service accessibility, waiting times and unmet needs are of frequent occurrence in practice. The main reason is the definition of the "basket of rights" (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije [ZZZS], n. d.). By means of the "basket of rights", the Health Insurance Institute provides a considerable variety of dental services, which, due to their wide range, are not all accessible and, in practice, need to be limited by various instruments, such as the number of dental teams and the number of services provided. The Health Insurance Institute and the Ministry of Health are responsible for the network of dental service providers in Slovenia. The Health Insurance Institut concludes contracts with individual providers of health services, and these contracts serve as the basis for the financing of the programme implemented by the providers (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju [ZZVZZ-NPB25], 2006).

Human resources

The data on the number of all dentists and teams which provide dental services in Slovenia is managed by the Health Insurance Institute and the Medical Chamber of Slovenia as an expert body. According to the Health Insurance Institute, in 2014, a total of 946.67 teams (ZZZS, n. d.) were responsible for the implementation of the programme for 2,041,690 insured persons. According to the data of the Medical Chamber of Slovenia, there were a total of 1,242 dentists with a valid license registered in their records as of 1 August 2017 (ZZZS, n. d.). The conditions for awarding a concession are defined in the Health Services Act (Zakon o

zdravstveni dejavnosti - 1 [ZZDej-1], 2005). This act lays down the rules for performing public health care services under concession contracts (ZZDej-1, 2005).

Organisational factor

In order to ensure effective organisation of dental services, legal factors and the legislation regulating the field of health insurance and defining the principles of health care are equally important. In Slovenia, Bismarck's health insurance system has been established, with compulsory health insurance being one of its features. The organisation of primary care services falls within the competence of local communities through granting concessions and organising a public network of health service providers. The scope and implementation of the programme are the responsibility of the Health Insurance Institute by means of an annual sectoral agreement with all service providers (ZZVZZ-NPB25, 2006, article 63).

Aims and objectives

The purpose of this study was to identify and explore the factors which have the most impact on the accessibility of dental services from the perspective of the system stakeholders. The first objective was to provide an overview of the accessibility of dental services in Slovenia. The second objective was to explore accessibility factors such as availability of finances, regulation of dental services, human resources, and the organizational factor. The last objective was to explore the accessibility of dental services.

We formulated three corresponding research questions:

- How do system stakeholders understand the accessibility of dental services?
- What factors determine the accessibility of dental services in Slovenia from the perspective of the system stakeholder?
- What is the current situation in terms of dental service accessibility?

Methods

This research uses a qualitative research methodology, namely the method of collecting data through a focus group. A group of people or experts are invited to discuss a topic, known in advance, and their conversation progresses according to a specific plan (Masadeh, 2012).

The focus group method is primarily intended for structured discussions among a small group of participants run by the moderator. Its aim is to gather qualitative data on a focused topic through the use of a set of open-ended questions (Masadeh, 2012; Nagle & Williams, 2013). Focus groups are used to "provide insights into how people think and provide

a deeper understanding of the phenomena being studied" (Nagle & Williams, 2013). The accessibility of dental services is a very focused and narrow topic, and the focus group method allowed researchers to explore in more depth the perspectives of the system stakeholders.

Description of the research instrument

A focus group template was used as the research instrument. The template included a schedule and the procedure of conducting a focus group. The focus group started with an opening in which the moderator made an introduction to the discussion of the topic and proceeded with four open-ended questions. The questions were formulated by the researchers through an iterative process of refinement (Rosing, et. al., 2019). This means that the questions were prepared in accordance with the literature review and then reviewed by an independent researcher, an expert in healthcare. The questions were time-framed for 15 min each. Four questions were posed to all representatives of stakeholders as follows:

1. How do you understand (define) accessibility in general?
2. What are the most important factors that affect accessibility to dental services from the perspective of the system stakeholders?
3. How is accessibility to dental services provided through different factors (regulation, organisation and financing, distribution of the network service providers)?
4. Express your views on the current access to dental services ("basket of rights", the current waiting times).

Finally, following the discussion, the focus group session was closed with the concluding remarks on the topic discussed. The discussion was recorded and then analysed by the researchers, using the thematic analysis method. The thematic analysis is an unstandardized technique, which enables researchers to distinguish between different opinions, beliefs and standpoints of participants (Masadeh, 2012) and to therefore gain a deeper understanding of the research topic.

Description of the sample

The factors determining the level of accessibility of dental services in Slovenia were examined among the relevant system stakeholders. Data was collected from six representatives of the system stakeholders, experts of dental services provision who are accountable for accessibility. Two participants were representatives of the regulator (REG) and came from the Ministry of Health, one participant was a representative of the Medical Chamber, one a representative of the Dental Prosthetics Association as the provider (PRO), and two representatives came from the Health Insurance Institute as the payer (PAY), meaning a total of six

representatives. The sample was purposive because it enabled collecting opinions and perceptions of this social phenomenon through a target population whose experience is invaluable for research.

All representatives occupied a managerial (leadership) position in their institution at the time of data collection and were therefore familiar with the issue of accessibility of dental services at the system level.

Description of the research procedure and data analysis

A five-stage protocol was used to facilitate the focus group method (Nagle & Williams, 2013): first stage: defining the study purpose; second stage: conceptualisation and planning; third stage: facilitating the session; fourth stage: data analysis; and fifth stage: reporting.

In the first stage, the topic of discussion was set with the help of literature review and the research focus on the accessibility of dental services was agreed upon.

In the second stage, conceptualisation and planning was outlined. The researchers first agreed on selecting the target group and then prepared the questions related to accessibility of dental services. The planning activities involved setting the time and place of the session. Two representatives of three mayor stakeholders were asked to collaborate in the focus group. Each participant agreed to collaborate. After the consent for participation was obtained, the participants were acquainted with the topic of discussion, and time and place of the focus group. The participation of the representatives of the system stakeholders was voluntary and confidentiality of the participants was ensured.

In the third stage, the focus group was implemented among the intended participants on April 2018 during the time of the MEDICAL fair in Gornja Radgona, Slovenia. Data collection took place on the site. The process of data analysis also began during the data collection. Unlike quantitative analysis, qualitative analysis, particularly focus-group analysis, occurs concurrently with data collection (Rabiee, 2004, p. 657). The moderator who led the session posed the pre-prepared open-ended questions and encouraged the participants to participate in the discussion by giving each participant a chance to speak their mind. The main researcher took notes and observed the discussion (non-verbal conversation and group dynamics). During the discussion, the participants answered the open-ended questions and expressed their perspectives. The entire session lasted 1 hour and 47 minutes. The conversation was recorded, and the recording was stored on a record file as a transcript, complemented with the observation notes.

In the fourth stage, data analysis took place. First, the researchers familiarised themselves with the qualitative data. Records of the focus group transcript

and observation notes were read carefully several times. During this process, the major categories were beginning to emerge, similar to the defined broader framework. Next, the data was coded and analysed through a thematic analysis of the transcripts by two researchers. The two researchers independently coded the transcript, using a thematic analysis of the data collected.

Each participant was coded in the analysis stage according to the role they represented. REG1 and REG2 were both female representatives of the regulator (Ministry of Health). PRO1 and PRO2 were both male representatives of the provider (Medical Chamber). The last two participants were representatives of Health Insurance Institute (payer), PAY11 was male and PAY2 was female.

In the coding process, the identification of the themes was performed by highlighting the text and writing short phrases and memos in the margin of the text. At this stage, descriptive statements (themes and codes) were formed under each of the questions posed. In the next step, the categories were charted and named and the quotes were lifted from the original context and re-arranged under the newly developed categories. Through this approach, the amount of data was reduced by means of cutting and pasting similar quotes together. Next, the quotes were once again reviewed to make sure they fitted into the categories and reflected the opinions of each stakeholder. During the coding, three categories emerged on which both researchers agreed upon.

The fifth stage comprised interpretation and reporting. Interpretations were produced by taking into account the actual words and meanings, the intensity of comments and specificity of comments for each category, while the frequency of responses, extensiveness and main points of the comments were not used as the main criteria. The findings arising from the thematic analysis were then reported according to the identified categories including quotes for each stakeholder.

Results

Results of the focus group discussion were organised according to the identified categories: (1) accessibility definition, (2) accessibility factors, and (3) provision of dental service accessibility.

Category 1: Definition of accessibility of dental services

The first question under discussion was the definition of the concept of accessibility as perceived by different stakeholders and reflected in the first research question. This category reveals how dental service accessibility is understood by the stakeholders and what they think accessibility should be. The complexity of the term "accessibility" is reflected in the

various perceptions and meanings of the stakeholders.

The REG1 defined accessibility with the following response:

Health is a complex matter, which is regulated by several laws. In this abundance of laws, finding accessibility to dentistry has proven complicated. The Health Care Act and the Health Insurance Act are laws based on which the rights to health insurance are determined. In the current 1992 law, rights from compulsory health insurance, including the rights to dental services, are laid down in the Compulsory Health Insurance Rules.

The regulator understands the accessibility of dental services from a broader health perspective and from the legal perspective. The Health Insurance Act specifies the legal provisions for health accessibility. However, the payer argues that access to dental services is the right of every insured person. PAY1 claimed:

Access to a dentist is the right of an insured person, but it is an indirect right, meaning that the dentist determines whether the service is necessary or not, and only then provides it.

The payer states that accessibility is the result of supply and demand, which can be divided into three aspects: the structure and distribution of the network providers, payment and the "basket of rights".

PRO1 defined accessibility from the patient perspective:

For patients, accessibility means that they have a place where they can access dental services within a reasonable period of time, at least during the period within which they can be provided with quality and professional appropriate treatment.

PRO2 added:

In any case, a good network of teams and a sufficient number of providers are essential to accessibility.

The provider's perspective reflects an understanding of accessibility, particularly in terms of the number of dental teams performing the dental practice. The regulator and provider share a similar opinion on the annual programme and availability of dental teams. At the same time, they find that, in order to increase accessibility, the programme needs to be expanded and the number of teams for its implementation increased. However, accessibility is taken for granted by the regulator, since the legislation in this area is well regulated, and the rules determine details of dental service accessibility. The payer claims that the right to accessibility is the right of every insured person and that the patient obtains accessibility to the service only when the selected dentist orders it with the payer. This decision is made according to the set of "basket of rights". The nature of the service may or may not be covered by the insurance company.

Category 2: Accessibility factors to dental services

The second category focuses on the accessibility factors of dental services. The most important factors identified were: the financial factor, human resources and organisation of dental services. The findings are reported according to each identified factor.

First, the financial factor, which was stated to be the most important. The regulator claims that the health care financing system, including dental services, does not make dental services accessible by means of public funds only, and questions the voluntary nature of supplementary insurance, by which he recognises that the insurance system regulation is lacking.

REG1 claimed, and REG2 agreed:

The 1992 law provides for the coverage of all compulsory health insurance services, but today we are at a point where no health services are provided solely from compulsory health insurance, except for urgent matters, pregnancy, childbirth and similar, as defined by the law. No other services can be provided without supplementary insurance.

PAY1 only commented on the annual budget data:

The Institute allocates 2.7 % of its annual budget for dentistry, which means that the programme costs of about 130.000 € are allocated for the provider's programme. The amount of rights in the basket of services has increased as well.

While PRO1 determined a barrier to performing their work, namely one resulting from financial constraints:

The payer only pays a certain number of hours for the provision of dental services, and the services are time-normalised.

Providers have a clear counter-opinion regarding the financial factor, as the profession argues that the expansion of rights reduces access to dental services through existing programmes. A more extensive range of services prevents patients from enjoying basic access to dental services.

The regulator clearly recognises that the health insurance system is not set correctly and that private funds are necessary to ensure accessibility to dental services. Also, the payer's aspect is only of accounting nature and looks at the provision of programmes exclusively from the point of view of its budget, and not from the perspective of the needs of the people. It does not question the eligibility and cost-effectiveness of the basket, the quality of services and contract partners, but the total volume of dentistry funds. The opinion of providers is mostly overlooked, and the participants speak without being heard. The providers are on the right track, seeing that the set of services is too large and the rights too wide-ranging, which in practice prevents accessibility.

The payer believes that the programmes receive sufficient means to ensure sufficient accessibility. The regulator contends that basic health insurance

is not enough to cover all accessibility parameters, and therefore, supplementary health insurance is required. The programme providers argue that the payer pays the temporal effect of the dental team and reduces accessibility to services by extending rights. The providers are also concerned about the eligibility of using separately chargeable material, which the payer believes is not a major concern as they provide sufficient control.

Nevertheless, providers are trapped in the norms of productivity and time standardisation and do not go beyond the fact that it is necessary to start talking about the outcomes of treatment and the effectiveness of services. If services are of good quality and well supplied, and if prevention is guaranteed, there is also less need for dental services. The fundamental problem, such as the definition of the "basket of services" according to the criterion of quality and efficiency, was ignored by all the main stakeholders in the system.

In addition, PRO2 added a comment on the material expenses:

There is no control over how much material is used which is paid by the insurance company.

PAY 2 replied:

Control over separately chargeable materials does exist.

Next, human resources and the organisation of dental services were also mentioned as two most important factors. Both factors intertwine and interlink, so opinions and responses about these factors are somehow related.

REG2 expressed her opinion on dental services personnel and organisation by saying that

Realisation of the adult dentistry programme was 131 %, 134 % for juvenile dentistry and 153 % of the planned annual programme for dentistry for students. This basically means that less available programmes make them less accessible.

PAY1 stressed:

We have increased the organisation of dental services in the country by 24 dental teams.

REG1 elaborated that:

The EU provides access to 72 dental teams per 100,000 inhabitants, whereas in Slovenia only 68 dental teams are available per 100,000 inhabitants, those without concessions included. There are only 50 programmes provided by the payer in Slovenia; in other words, that is 22 dental teams less than the EU average.

In addition, PRO1 noted:

According to the expert assessment of the Medical Chamber in Slovenia, 500 dental teams are missing in order to ensure optimum access to dental services.

According to REG1, the following numbers illustrate human resources data in dental services in Slovenia:

Currently, there are 1.560,000 patients or 76 % of the population, which is 1,622 persons per dentists on average, treated by 961 teams or programmes paid by the institute.

The regulator with annual realisation higher than that foreseen, emphasised that the existing number of programmes did not suffice to ensure better accessibility. However, this also raises the question of whether the annual plan is realistic at all and what number of programmes would ensure optimal accessibility. The payer responded to the complaints of the providers stating that they had increased the organisation of the service in the country by 24 teams. However, this response does not show the real picture, as we do not know how many teams are needed to ensure optimum accessibility, which PAY1 confirmed by saying:

There has been no national study conducted which would reveal the actual need for the number of teams providing dental services.

Statements on the personnel structure and the organisation of the dental teams' network is fundamental. The provider agreed with the regulator, who argued that there was a great need for dental teams in Slovenia. However, even providers did not have solid proof of personnel needs in order to provide maximum accessibility; the critical issue is if there even are enough human resources available in Slovenia in order to cover the needs advocated by the profession. The payer acknowledged that over the past 20 years, no credible information on personnel had been made available, but at the same time claimed that only 24 teams had been added to the public network. The providers were of the opinion that more dental teams would ensure better accessibility.

Category 3: Provision of dental service accessibility

The last category corresponded to the third research question on the current provision of dental service accessibility. The respondents commented on the "basket of rights", the set of services, and the current waiting times. Only PAY1 and PRO1 provided their insight on the current set of dental services.

PAY1 stated that:

We must first determine what people need, and

PRO1 stated:

By expanding rights in the basket, we restrict access to existing programmes.

Since the "basket of rights" is essential for ensuring accessibility, the regulator as the primary system stakeholder guiding the health policy and defining the scope of the basket, did not answer this question. The payer commented on the "basket of rights" in complete opposition to its role, as the payer should be focused more on the quality and efficient services they provide and pay for. The position of the provider was clear; as he stated that accessibility is lower due to the expanding rights with the same human resources available.

Next, the most pressing issue in the current provision of dental service accessibility was identified, i.e., the waiting times. Participants listed several factors that influence the waiting times.

The PAY1 claimed:

Waiting times are the result of the need for dental services as the first factor, the second factor is the workforce and its elasticity, and the third is the capacity to finance. There is no country in the world without waiting times.

The REG1 noted that:

Accessibility is not correctly measured at the moment, the right criteria being human resources, the number of services and the quality of services.

The PRO1 expressed their opinion on waiting times by claiming:

We have several access points, which are definitely related to financing the set of services. The worst situation is in the field of specialist activity, as there are too few specialists in the network. In general dentistry, however, waiting times are quite different at the moment, depending on the provider, but several months as a general rule.

The PRO2 added:

The current dental service system does not allow for optimal accessibility. Placing dental services on the free market would increase accessibility. But then there is the need to replace the supplementary insurance system with a more effective insurance system, meaning that you pay as much as you get.

The system stakeholders commented on the positions concerning waiting periods as expected. The payer claimed that waiting times depended on the needs, workforce and funding. The regulator argued that the reasons for long waiting times lied primarily in human resources, people's needs and the number of services provided, while emphasising that accessibility is not measured with the right parameters. The provider drew considerable attention to the waiting times but neglected the fact that their expert chamber is the one that calls for specialisations and takes care of the education programme, making them partly responsible for long waiting times.

Discussion

The present study aimed primarily at determining the accessibility of dental services and accessibility factors from the perspective of the system stakeholders. This research revealed that system stakeholders provided different interpretations of dental service accessibility, interpreting it in the frames of their jurisdiction. Dental services are well regulated by the Rules on Compulsory Health Insurance (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 1994) and Health Care and Health Insurance Act (Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju [ZZVZZ], 2006), however the current conditions indicate that the providers do not meet the regulatory obligations (Medical Chamber, 2018). The perspectives of the system stakeholders show that accessibility to dental services in Slovenia is not optimal, and a significant reform of the health

sector is required. Regulatory changes in dentistry seem to be necessary to respond to the growing dissatisfaction among the providers of dental services. A joint collaboration and communication between the system stakeholders is needed to make the necessary changes and move on to ensuring better accessibility to the dental care system (Rosing, et al., 2019).

The most relevant accessibility factors in the Slovenian context are the financing of dental services, human resources and organization of dental services. Several independent research results confirm that the identified factors influence accessibility to dental services the most and, consequently, also affect patients' satisfaction (Mitts & Hernández-Cancio, 2016; De Gutierrez, et al., 2018; McKernan, et al., 2018, Rosling, et al. 2019). In Slovenia, the accessibility of dental services depends primarily on the payer and consequently on the providers of services. The system of mutual health insurance does not provide for optimal accessibility, as the expansion of rights in the underlying basket reduces accessibility in terms of longer waiting times due to the lack of human resources. The conclusions generated by the European health questionnaire confirm our findings that residents in Slovenia are quite dissatisfied with access to dental services when considering the waiting times (Albrecht, et al., 2016).

The scope of the programme provided by the payer seems to present a problem as well, as it limits the providers in implementing several services (Medical Chamber, 2018). The providers argue that suspending concessions and changing the system will increase dental service accessibility, while the regulator has not made this claim and the payer believes that this is a change to the system. However, it is clear that regulatory changes would affect the payer's capacity to bear the costs of dental services.

In literature, we can find examples of how barriers and individual factors influence accessibility in dentistry and, consequently, patients' satisfaction. Providing access to dental care to the majority of the population is a challenge, as "those who need dental care the most are often the least likely to receive it" (Bersell, 2017). The lack of appropriate personnel carrying out these activities, inadequate insurance to cover the costs and inability to pay for services are the most significant factors that shape the accessibility to dental services (Mitts & Hernández-Cancio, 2016; Bintabara, et al., 2018; De Gutierrez, et al., 2018; McKernan, et al., 2018;). Socio-economic barriers, distance, health literacy of the population and distrust in the health system are also essential factors (Mitts & Hernández-Cancio, 2016; Yuen, et al., 2018a, 2018b). Financial constraints are mentioned as the most crucial factor affecting dental service accessibility, while other factors vary in importance in terms of geographical position and demographic groups (Prevolnik Rupel, 2016). Similarly, this research also demonstrated that the most important factor is the

financial one. The results of a descriptive study with a multi-stage sampling of access to oral and dental care show that accessibility, high cost of services, insufficient coverage of health insurance costs and excessive distance from the health institution are the main reasons for patients' dissatisfaction (Eslamipour, et al., 2019). Also, a multisite cross-sectional study of secondary data in Brazil finds that social inequality and a smaller proportion of dentists per capita reduce accessibility and thereby increase the likelihood of adult dissatisfaction with dental services (Lima Carreiro, et al., 2018). Legal factors (regulation) are connected with the accessibility of dental services; therefore, it can also be concluded that countries with a well-organised health system and well-organised primary health care have only minor differences in the waiting times and use of health services, also from the point of view of the acquis (Starfield, et al., 2005). A comparison of the system stakeholder's perspectives in Slovenia with other studies reveals that accessibility factors are similar worldwide. All health systems identify the lack of adequate personnel, insufficient health insurance and the payment of services as the most critical factors in providing adequate access to health. We may conclude that our findings support the work of other scholars.

Further research should be carried out using other quantitative and qualitative research methods in order to explore the accessibility of dental services in greater depth among other stakeholders such as individual providers and users (patients). Through interviews performed among the dental service providers, it would be useful to gain an in-depth understanding of the concept (of dental service accessibility and to identify other factors that influence access to dental services in Slovenia. Through a survey conducted among users of dental services, it would be useful to explore the satisfaction level and the perception of the importance of specific accessibility factors of dental services as well as to obtain users' overall assessment of dental service accessibility.

In terms of research limitations, it should be noted that this research highlighted the most common accessibility factors as stated in the reviewed literature. We are aware that interconnections between individual factors may exist, but due to the complexity of the topic investigated, we have not addressed them explicitly. Therefore, no interdependence or cause-effect associations between individual factors of dental service accessibility were investigated. As an essential limitation, access to relevant literature should be highlighted, as databases and literature on accessibility are relatively scarce and the relevant data are difficult to obtain.

Compared to other methods, the focus group method is perceived as more effective and less resource-intensive when gathering qualitative data (Masadeh, 2012; Nagle & Williams, 2013); however, it can be more complicated and time-consuming when

analysing and interpreting the data (Masadeh, 2012). A further limitation of focus groups is the small size of the sample, which may not be representative and its findings cannot be generalised to the entire population (Masadeh, 2012). Despite these limitations, this research is novel in its focus on accessibility factors, as it is the first study to explore the perspectives of system stakeholders (regulator, payer and provider) in Slovenia. The focus group approach allows for an in-depth exploration and comparison of the opinions, beliefs and standpoints of the system stakeholders.

Conclusion

This research provides a system stakeholder perspective on the accessibility factors of dental services in Slovenia. The findings revealed the most important accessibility factors of dental service being: a lack of human resources, insufficient financing and organisational issues of dental services. We can conclude that access to health (dental) services is a rather pressing issue in other countries as well. We found that all societies confront similar barriers when it comes to ensuring accessibility, and we identified accessibility factors as important inhibitors of the health system. System stakeholders in Slovenia mostly view the accessibility of dental services according to their respective role. The regulator and provider show the most similar view on the accessibility of dental services in general. Our comparison identified the weaknesses in the dental service practice, thus making room for the opportunity to rethink and develop a more accessible and higher-quality dental service in the future.

Conflict of interest / Nasprotje interesov

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

Funding / Financiranje

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

Ethical approval / Etika raziskovanja

The 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 Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014).

Author contributions / Prispevek avtorjev

All authors contributed an equal share. The first author prepared the outline of the article, carried

out the research and analysed qualitative data. The co-authors contributed to the preparation of methodology, analysing of results, presentation of the results, and the discussion. / Avtorji so sodelovali enakovredno. Prvi avtor je pripravil osnutek članka, izvedel raziskavo in analizo kvalitativnih rezultatov. Soavtorja sta sodelovala pri pripravi metodologije, analizi rezultatov, predstavitvi rezultatov in diskusiji.

Literature

Albrecht, T., Pribakovic, R.B., Josar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., et al., 2016. Slovenia: health system review. *Health systems in transition*, 18(3), pp. 1–207.

Bersell, C.H., 2017. Access to oral health care: a national crisis and call for reform. *American Dental Hygienists' Association*, 91(1), pp. 6–14.
PMid:29118145

Bintabara, D., Nakamura, K., & Seino, K., 2018. Improving access to health care for women in Tanzania by addressing socio economic determinants and health insurance: a population-based cross-sectional survey. *BMJ Open*, 8(9), art. ID e023013.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023013>
PMid:30209158; PMCID:PMC6144413

Braun V., & Clarke V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77–101.
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Business Dictionary, 2017. *Accessibility*. Available at: <http://www.businessdictionary.com/definition/accessibility.html> [10. 9. 2017].

de Gutierrez, G.M., Diniz, M.B., Lima, B.F.A., dos Santos, K.K., & Santos, M.T.B.R., 2018. Barriers to access to dental treatment for people with physical disabilities in a Brazilian metropolis. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 18(1), pp. 1–8.
<https://doi.org/10.4034/PBOCI.2018.181.95>

Eslamipour, F., Heydari, K., Ghaiour, M., & Salehi, H., 2019. Access to dental care among 15–64-year-old people. *Journal of education and health promotion*, 7(46).
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_99_17
PMid:29693027; PMCID:PMC5903154

Evans, D.B., Hsu, J., & Boerma, T., 2013. Universal health coverage and universal access. *World Health Organization*, 91, pp. 546–546A.
<https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
PMid:23940398; PMCID:PMC3738317

Heima, M., Ferretti, M., Qureshi, M., & Ferretti, G., 2017. The effect of social, geographic factors on the untreated tooth decay among head start children. *Journal of clinical and experimental dentistry*, 9(10), pp. e1224–e1229.
<https://doi.org/10.4317/jced.54228>
PMid:29167713; PMCID:PMC5694152

Joseph, A.E. & Phillips, D.R., 1984. *Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. London: Harper & Row.

Kiauta, M., Poldrugovac, M., Rems, M., Robida, A., & Simčič, B., 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015)*. Ljubljana: Ministry of Health, pp. 3–24.
<https://core.ac.uk/download/pdf/52484025.pdf>

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

Lima Carreiro, D., Oliveira, Rodrigues, R.F., Mineiro Coutinho, W.L., de Barros Lima Martins, A.M.E., & Haikal, D.S.A., 2018. Evaluation of satisfaction with dental care from the standpoint of adult Brazilian users: a multilevel analysis. *Science and Collective Health*, 23(12), pp. 4339–4349.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32792016>
PMid:30540017

Maguire, M., & Delahunt, B., 2017. Doing a thematic analysis: a practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *The All Ireland Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 9(3), pp. 33501–33514.

Masadeh, M.A., 2012. Focus group: reviews and practices. *The Journal of Applied Science and Technology*, 2(10), pp. 63–68.

McKernan, S.C., Reynolds, J.C., Ingleswar, A., Pooley, M., Kuthy, R.A., & Damiano, P.C., 2018. Transportation barriers and use of dental services among medicaid-insured adults. *JDR Clinical & Translational Research*, 3(1), pp. 101–108.
<https://doi.org/10.1177/2380084417714795>
PMid:30938652

Mitts, L., & Hernández-Cancio, S., 2016. Dental therapists can improve access to dental care for underserved communities. Available at: <https://familiesusa.org/resources/dental-therapists-can-improve-access-to-dental-care-for-underserved-communities/> [10. 9. 2017].

Mosadeghrad, A.M., 2013. Health care service quality: towards a broad definition. *International journal of health care quality assurance*, 26(3), pp. 203–219.
<https://doi.org/10.1108/09526861311311409>
PMid:23729125

Moseley, M.J., 1979. *Accessibility: the rural challenge*. London: Methuen.

Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije: zdravje za vse do leta 2004 (NPZV), 2000. Uradni list Republike Slovenije, št. 49.

Nagle, B., & Williams, N., 2013. *Methodology brief: introduction to focus groups*. [S.l.]: Center for Assessment, Planning and Accountability, pp. 1–12.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, 1994. Uradni list Republike Slovenije, št.79.

Pravilnik pripravništva in strokovnega izpita za poklic zobozdravnik-zobozdravnica, 2018. Uradni list Republike Slovenije, št. 47.

Prevolnik Rupel, V., 2016. *ESPN Thematic Report on inequalities in access to healthcare: Slovenia*. Brussels: European Commission, pp. 1-20.

Rabee, F., 2004. Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the nutrition society*, 63(4), pp. 655–660. <https://doi.org/10.1079/PNS2004399> PMID:15831139

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025, Skupaj za družbo zdravja (ReNPZV16–25), 2016. Uradni list Republike Slovenije, št. 25.

Robinson, A., 2006. Phenomenology. In: E. Cluett & R. Bluff, eds. *Principles and practice of research in midwifery*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, pp. 187–219.

Rosing, K., Leggett, H., Csikar, J., Vinnall-Collier, K., Christensen, L.B., Whelton, H., et al., 2019. Barriers and facilitators for prevention in Danish dental care. *Acta Odontologica Scandinavica*, 77(6), pp. 439–451. <https://doi.org/10.1080/00016357.2019.1587503> PMID:30905244

Salminen, H., Piispanen, P., & Toth-Pal, E. 2019. Primary care physicians' views on osteoporosis management: a qualitative study. *Archives of osteoporosis*, 14(1), pp. 40–48. <https://doi.org/10.1007/s11657-019-0599-9> PMID:31028556; PMCID:PMC6486622

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J., 2005. Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*, 83(3), pp. 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x> PMID:16202000; PMCID:PMC2690145

Taiwo, O.O., & Panas, R., 2018. Roles of community pharmacists in improving oral health awareness in Plateau State, Northern Nigeria. *International dental journal*, 68(4), pp. 287–294. <https://doi.org/10.1111/idj.12383> PMID:29446064

Verheire, F., De Visschere, L., Fernandez, C., Lambert, M., & Marks, L., 2018. Accessibility to oral healthcare for people on social assistance: a survey of social service providers from Public Welfare Centers in Flanders. *International dental journal*, 68(6), pp. 393–404. <https://doi.org/10.1111/idj.12395> PMID:29744868

Ware, V.A., 2013. *Improving the accessibility of health services in urban and regional settings for Indigenous people*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

World health organization, 2012. *Health consumer Index: report*. Available at: <https://healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf> [20. 6. 2019].

Yuen, A., Martins Rocha, C., Kruger, E., & Tennant, M., 2018a. Does public transportation improve the accessibility of primary dental care in São Paulo, Brazil. *Community dentistry and oral epidemiology*, 46(3), pp. 265–269. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12360> PMID:29377218

Yuen, A., Rocha, C.M., Kruger, E., & Tennant, M., 2018b. The equity of access to primary dental care in São Paulo, Brazil: a geospatial analysis. *International dental journal*, 68(3), pp. 171–175. <https://doi.org/10.1111/idj.12336> PMID:28913887

Zakon o Zdravniški službi (ZZdrS), 2006. Uradni list Republike Slovenije, št.72.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), 2006. Uradni list Republike Slovenije, št. 72.

Zakon o zdravstveni dejavnosti - 1 (ZZDej-1), 2005. Uradni list Republike Slovenije, št. 23.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), n. d. Available at: https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_ozz_ioz/obseg_pravic!/ut/p/z1/04_Sj9CPyKssy0xPLMnM [5. 5. 2019].

Zdravniška zbornica (Medical Chamber), 2018. *V zobozdravstvu manjka do 500 programov otroškega in odraslega zobozdravstva*. Available at: <https://www.zdravnikazbornica.si/informacije-publikacije-in-analize/obvestila/2018/07/12/v-zobozdravstvu-manjka-do-500-programov-otro%C5%A1kega-in-odraslega-zobozdravstva> [4. 10. 2019].

Zdravstvena skupnost Slovenije zavod SRS za zdravstveno varstvo, 1982. *Enotni seznam zdravstvenih storitev in samoupravni sporazum o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela*. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za zdravstveno varstvo.

Zver, E.H. & Srakar, A., 2018. Finančna dostopnost do zdravstva v Sloveniji in njen vpliv na neenakosti v zdravju. In: T. Lesnik, M. Gabrijelčič Blenkuš, A. Hočevar Grom, T. Kofol Bric & M. Zaletel., eds. *Neenakosti v zdravju v Sloveniji v času ekonomske krize*. Ljubljana: National Institute of Public Health, pp. 127–136.

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:

Forjanič, M., Dermol, V. & Prevolnik Rupel, V., 2019. Factors affecting dental services accessibility: a qualitative study. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), 269–279. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.4.2984>

Original scientific article / Izvirni znanstveni članek

Sex life during pregnancy: survey among women

Spolno življenje v nosečnosti: anketa med ženskami

Tamara Košec, Anita Jug Došler, Mateja Kusterle, Ana Polona Mivšek

Key words: prenatal period; sexuality; changes in pregnancy; partnership

Ključne besede: predporodno obdobje; spolnost; nosečniške spremembe; partnerstvo

Tamara Košec, BSc, RM;
University Medical Centre
Maribor, Ljubljanska ulica 5,
2000 Maribor, Slovenia

*Kontaktni e-naslov /
Correspondence e-mail:*
tamara.kosec@gmail.com

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

Assistant Mateja Kusterle, BA,
BSc, RM; Jesenice General
Hospital, Cesta maršala Tita
112, 4270 Jesenice, Slovenia

Assistant Professor Ana Polona
Mivšek, PhD, MSc, BSc, RM;
University of Ljubljana, Faculty
of Health Sciences, Midwifery
Department, Zdravstvena pot 5,
1000 Ljubljana, Slovenia

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy involves emotional and physiological changes, which affect the pregnant woman, her partner and their relationship. The sexuality of the couple changes with the onset of pregnancy compared to pre-pregnancy. The aim of the study was to investigate changes in the sex life of women during pregnancy.

Methods: Quantitative research based on a questionnaire was carried out in August 2016 on a purposive sample of 685 women who had given birth at least once and women who were in the last trimester of pregnancy when completing the questionnaire. The data analysis included frequencies, percentages, mean values and independent samples *t*-test calculations.

Results: The frequency of sexual intercourse decreased compared to the preconception period. The majority of women (43 %) included in the survey stated that their sexual desire declined during pregnancy. The most common factors that hindered women's sexual activity were fatigue and the feeling of awkwardness.

Discussion and conclusion: Psychophysical changes in a pregnant woman may affect the couple's sexuality to a greater or lesser extent, which may in turn affect their relationship. It is therefore crucial that couples be offered quality counseling on sex life by appropriate institutions and programmes.

IZVLEČEK

Uvod: V nosečnosti nastopijo čustvene in fiziološke spremembe, ki vplivajo na nosečnico, moškega in njun partnerski odnos. Glede na obdobje pred nosečnostjo se spolnost para spremeni. Namen raziskave je bil raziskati, kakšne so spremembe v spolnem življenju žensk med nosečnostjo.

Metode: Kvantitativno raziskavo, zasnovano na osnovi ankete, smo izvedli v avgustu 2016 na namenskem vzorcu 685 žensk, ki so vsaj enkrat rodile, in nosečnic, ki so bile ob izpolnitvi anketnega vprašalnika v zadnjem trimesečju nosečnosti. Obdelava podatkov je potekala na osnovi izračunov frekvenc, odstotkov, aritmetične sredine in *t*-testa za neodvisne vzorce.

Rezultati: Pogostost spolnih odnosov se je v primerjavi s časom pred nosečnostjo zmanjšala. Največ žensk (43 %), vključenih v raziskavo, je navedlo upad spolnega poželjenja v času nosečnosti. Z naraščanjem trajanja nosečnosti se je postopoma zmanjševalo tudi zadovoljstvo žensk s spolnostjo. Najpogostejša dejavnika, ki sta oteževala spolno aktivnost žensk, sta bila utrujenost in občutek okornosti.

Diskusija in zaključki: Psihofizične spremembe nosečnice lahko bolj ali manj posežejo v spolnost para, kar lahko vpliva tudi na partnerski odnos. Zato je pomembno, da se parom med nosečnostjo v ustreznih institucijah in programih nudi možnost kakovostnega svetovanja tudi s področja spolnega življenja.

Introduction

Questions regarding sexual activity in different trimesters of pregnancy still cause discomfort to many women as well as to healthcare professionals. Although sexual intercourse is not harmful for the pregnant woman or the foetus (Makara-Studzińska, et al., 2015), sex during pregnancy remains rather infrequent; some believe that it is predominantly due to women's reduced interest in sexual intercourse during pregnancy (Bello, et al., 2011).

A study carried out amongst rural population in South-Western Nigeria shows that the initiator of sexual intercourse both before and during pregnancy is predominantly the man (94 %); however, with the progression of pregnancy, the share of the woman's initiative increases (Bello, et al., 2011). The women who often take the initiative for intercourse in pregnancy also report increased desire, sexual arousal, sexual fulfillment and intensity of orgasm (Sacomori & Cardoso, 2010).

According to the study by Makara-Studzińska and colleagues (2015), couples are more sexually active in the first trimester, while their sexual activity decreases toward the end of the third trimester. Before pregnancy, couples have sexual intercourse three to four times a week, and during pregnancy the frequency decreases to once a week. The frequency of sexual intercourse is at its lowest in the third trimester; 21 % of pregnant women abstain from sex at that time. However, researchers highlight that the frequency of sexual intercourse often increases in the second trimester, which is when couples engage in more sexual activity than in the first trimester.

The primary reasons why pregnant women refuse sexual intercourse are fatigue, exhaustion and reduced sexual desire (Eryilmaz, et al., 2004). Pregnant women report consenting to sexual intercourse in order to fulfill their perceived marital obligation, to satisfy the partner, keep the partner, and prevent marital disharmony (Bello, et al., 2011). The factors which may also influence the sexual activity of couples are discomfort and insecurity. The factors which reduce the frequency of sexual intercourse are bleeding after intercourse (Sacomori & Cardoso, 2010), inability to orgasm and painful intercourse (Gokyildiz & Beji, 2005), nausea and vomiting, lack of interest and physical limitations or discomfort (Orji, et al., 2002). A study by Orji and colleagues (2002) and a study by Sacomori and Cardoso (2010) also report fears that intercourse might damage the foetus as a factor which reduces the frequency of intercourse during pregnancy. Similarly, a study by Gokyildiz and Beji (2005) reveals that during intercourse in pregnancy, couples are most often hindered by fear. Pauleta and colleagues (2010) report that fears associated with sexual intercourse were present in 23.4 % of pregnant women.

Pauls and colleagues (2008) found that satisfaction with body image during pregnancy also influences the frequency of sexual intercourse in the first trimester of pregnancy. Factors such as a close connection with the partner and a quality relationship (which does not necessarily include sex) were listed as the most important indicators of men's satisfaction with their sex life during the partner's pregnancy. A close connection between the partners seems to be associated with intimacy, mutual understanding, a sense of harmony, support and the ability to rely on the partner (Nakić Radoš, et al., 2015). Similarly, Davies and Kitschke (2015) stress the importance of open communication between the couple and the normality of a wide range of emotions during pregnancy. As confirmed by Silveira and colleagues (2013), unconscious psychological processes play an important role when the woman experiences her first pregnancy. Due to the psychological and physiological changes during pregnancy, the woman may experience pregnancy as stress (Inanir, et al., 2015). Silveira and colleagues (2013) explain that psychological changes which occur during pregnancy, for example emotional instability with depressive tendencies, a negative self-image, and a feeling of unattractiveness, are common characteristics of all pregnant women and as such influence their sexual response.

As already mentioned, a woman's sexual desire (Sagiv-Reiss, et al., 2012) and the frequency of orgasm (Bello, et al., 2011; Sagiv-Reiss, et al., 2012) decrease during pregnancy. Lack of vaginal lubrication and low libido, especially in the first six weeks of pregnancy, are the principal reasons for reduced sexual desire (Silveira, et al., 2013). A pronounced change in sexual desire occurs in the second trimester as a result of increased blood flow to the genitals and breasts, which gives the woman more pleasure during sexual intercourse (Gokyildiz & Beji, 2005). Accordingly, Khamis and colleagues (2007) report that 48 % of women shared the opinion that their satisfaction with sex life had improved in the second trimester. Pregnancy not only influences women's physical self-perception, but also causes a considerable deviation in the sexual satisfaction of both partners. In a woman, sexual satisfaction often decreases with the week-by-week progression of pregnancy, while in men, the greatest decrease in sexual satisfaction is felt in the third trimester of the partner's pregnancy (Bello, et al., 2011). Olusegun and Irete (2011) found that only 53 % of women reported enjoying sexual intercourse during pregnancy.

Aims and objectives

The aim of the study was to explore the changes in the sex life of women during pregnancy. Based on the literature review, changes were anticipated in the frequency of sexual intercourse and in the sexual desire of women when comparing pregnancy with

the preconception period. The study also examined women's satisfaction with their sex life during pregnancy.

Therefore, two research questions were proposed:

- What is the frequency of sexual intercourse in pregnancy compared to the preconception period?
- What is the frequency of women's sexual intercourse before pregnancy and in different trimesters?

Moreover, two hypotheses were formed:

H1: During pregnancy, the level of women's sexual satisfaction is lower.

H2: Women with uncomplicated pregnancies were less frequently afraid of sexual intercourse.

Methods

A descriptive and causal non-experimental method of empirical research was used. A structured survey questionnaire was the chosen research instrument.

Description of the research instrument

The structured online survey questionnaire was developed on the basis of a critical overview of three analogous foreign questionnaires. The authors who agreed to share their questionnaires for the present study were Gokyildiz and Beji (2005), Sacomori and Cardoso (2010) and Nakić Radoš and colleagues (2015). A double-blind translation of the questions was performed. In the preface and the introductory page of the online questionnaire, respondents were informed of the aim of the study and the terms of participation in the study. The survey questionnaire consisted of 20 closed-ended questions. For the questions requiring an assessment, a rating scale from 0 (unimportant, absent) to 10 (very important, very intense) was used. Three questions included a four-interval scale, and three other questions had a five-interval scale. The questionnaire was preliminarily tested on six people and needed no adjustments.

The questions of the online questionnaire were divided into four categories:

1. respondents' demographic data,
2. questions crucial for the classification of appropriate respondents,
3. questions considered relevant for inclusion in the questionnaire,
4. questions relating to hypotheses.

The validity and reliability of the instrument were reinforced by means of an expert examination of the instrument. Experts familiar with the theoretical background and methodological approaches of the study evaluated the explicitness, distinctiveness and exhaustiveness of the developed categories and questions in the research instrument (Polit & Beck, 2001). According to $r_{tt} \geq \sqrt{h_2}$, our instrument was fairly reliable (reliability of the whole instrument: $r_{tt} = 0.75$), which was also confirmed by the values

of Cronbach's coefficient alpha (the coefficients of internal consistency were between 0.72 and 0.81).

Description of the sample

For the purposes of the study, a non-probability purposive sample was gathered through a two-step snowball sampling process. A simple purposive sample consisted of women who had given birth at least once and women who were in the last trimester of pregnancy when completing the questionnaire. The online survey questionnaire was adequately completed by a total of 685 women. The average age of respondents was 27.21 years (from 18 to 45). 45 % of women had finished graduate-level education, 40 % secondary-level education, 14 % postgraduate level education and 1% primary-level education. 98 % of respondents were in a stable relationship during pregnancy and 81 % had experienced a complication-free pregnancy.

Description of the research procedure and data analysis

Participation was voluntary and general research principles of anonymity and personal confidentiality were followed. The data were collected through the online application 1KA from 1 August 2016 to 10 August 2016. The data were analysed by means of descriptive statistics; namely frequencies, percentages, mean values (arithmetic mean, standard deviation), Levene's test of homogeneity of variance and independent samples *t*-test were calculated. Statistically significant differences between individual variables were calculated using the SPSS 20.0 software for statistical data analysis (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Results

The data presented in Tables 1 and 2 refer to our first and second research questions. Table 1 shows the data on the initiator of sexual intercourse or sexual activity before pregnancy and in individual trimesters of pregnancy. In all periods, both partners took the initiative for intercourse; however, as can be seen, the initiative of the woman increased with the progression of pregnancy. The percentage of male initiative remained relatively stable throughout the pregnancy.

We were also interested in the women's response to the partners' initiative for sexual intercourse. It was found that before pregnancy the majority of women (92 %) had been happy to consent to sexual intercourse. The percentage decreased further with the progression of pregnancy and, at the end of the third trimester, dropped to 60 %. The results show that pregnant women were reluctant to consent to sexual intercourse and this reluctance grew with the progression of pregnancy.

Table 1: *The initiative of both partners for sexual intercourse or sexual activity*

Tabela 1: *Iniciativa za spolni odnos s strani obeh partnerjev*

Period / Obdobje	n (%)					Sum / Skupaj (n)
	Always me / Vedno jaz	Usually me / Običajno jaz	My partner and I took initiative to the same extent / Oba s partnerjem sva dala pobudo v enakem razmerju	Usually my partner / Običajno moj partner	Always my partner / Vedno moj partner	
Before pregnancy	20(3)	43(7)	406(67)	118(20)	17(3)	604
In 1st trimester	21(4)	72(12)	331(56)	136(23)	27(5)	587
In 2nd trimester	27(5)	93(16)	307(52)	133(23)	26(4)	586
In 3rd trimester	49(8.5)	136(24)	228(39)	116(20)	49(8.5)	578

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

Table 2: *Frequency of sexual intercourse before pregnancy and in different trimesters*

Tabela 2: *Pogostost spolnih odnosov od prednosečnostnega obdobja do zadnjega trimesečja nosečnosti*

Frequency / Pogostost	n (%)			
	Before pregnancy / Pred nosečnostjo	In 1st trimester / V 1. trimesečju	In 2nd trimester / V 2. trimesečju	In 3rd trimester / V 3. trimesečju
More than once a day	7(5)	9(2)	5(1)	1(2)
Once a day	46(8)	25(5)	19(3)	8(1)
Three to four times a week	213(38)	102(19)	81(15)	56(10)
Twice a week	166(29)	129(23)	144(26)	94(17)
Once a week	57(10)	106(19)	91(17)	95(17)
Once every two weeks	37(7)	67(12)	89(16)	84(15)
Once a month	10(2)	41(7)	38(7)	45(8)
Less than once a month	4(1)	21(4)	30(5)	47(9)
I did not have sex	4(1)	49(9)	53(10)	114(21)
Skupaj (n)	564	549	550	554

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

The frequency distribution in Table 1 shows that the frequency of sexual intercourse during pregnancy decreased when compared to the preconception period. The frequency of sexual intercourse decreased compared to the time before pregnancy (Table 2). Before pregnancy, the majority of couples (38 %) had sexual intercourse three to four times a week on average, and during pregnancy twice a week in the first (23 %) and second (26 %) trimester and once a week in the third (17 %) trimester on average. These results show that an increasing percentage of women stopped having sexual intercourse in the later weeks of pregnancy; in the last trimester, 21 % of women abstained from sex. The percentage of women who had sexual intercourse twice per week in the second trimester (26 %) slightly increased compared to the first trimester.

The results of our study show that the most common factors preventing or hindering sexual intercourse were the woman's fatigue (28 %) and feelings of awkwardness (21 %). Other factors that contributed to abstinence from sexual intercourse in less than 16 % of women were inability to find a suitable sex position, nausea, fear that sexual intercourse might cause preterm labour, and lack of vaginal lubrication.

The majority of women surveyed (43 %) indeed responded that their sexual desire decreased during pregnancy (Table 2). It should not be overlooked that 31 % of respondents estimated their sexual desire to have increased during pregnancy, while the remaining 26 % responded that it had remained the same as before pregnancy.

The data presented in Tables 3, 4 and 5 refer to our first and second hypotheses. As evident from Table 3, almost half of all women (48 %) always experienced an orgasm in the preconception period. During pregnancy, the percentage decreased progressively and dropped to 32 % in the third trimester. The results in Table 3 also show that the percentage of women who never climaxed progressively increased throughout pregnancy; reaching 28 % in the third trimester. In the pre-conception period, 18 % of women experienced multiple orgasms during sexual intercourse, while this percentage was lower for all three trimesters.

One of the central aims of the study was to find out how sexual satisfaction changes during pregnancy. Hypothesis 1 assumed that during pregnancy, the woman is less satisfied with her sex life. The results in Table 4 show that the degree of sexual satisfaction of women gradually decreased during pregnancy, while the degree of dissatisfaction grew. Hypothesis 1

Table 3: Frequency of female orgasms during sexual intercourse before pregnancy and in each trimester**Tabela 3:** Pogostost ženskih orgazmov v času pred nosečnostjo in med nosečnostjo v posameznem trimesečju

Period / Obdobje	n(%)					Sum / Skupaj (n)
	Never / Nikoli	Rarely / Redko	Sometimes / Včasih	Always / Vedno	Multiple times / Večkrat	
Before pregnancy	25(5)	28(5)	128(24)	256(48)	96(18)	533
In 1st trimester	71(14)	62(12)	130(25)	205(40)	49(9)	517
In 2nd trimester	74(14)	65(13)	119(23)	197(39)	58(11)	513
In 3rd trimester	143(28)	64(12)	89(17)	162(32)	58(11)	516

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

Table 4: Satisfaction of women with their sex life and partnership**Tabela 4:** Zadovoljstvo žensk s spolnim življenjem in partnerstvom

Period / Obdobje	n (%)				Sum / Skupaj (n)
	Very unsatisfied / Zelo nezadovoljna	Unsatisfied / Nezadovoljna	Satisfied / Zadovoljna	Very satisfied / Zelo zadovoljna	
Before pregnancy	11(2)	9(1)	217(41)	297(56)	534
In 1st trimester	34(6)	62(12)	254(48)	177(34)	527
In 2nd trimester	39(8)	75(14)	252(48)	157(30)	523
In 3rd trimester	68(13)	104(20)	218(41)	135(26)	525

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

Table 5: Sexual intercourse and fear**Tabela 5:** Spolni odnos in strah

Women's responses / Odgovori žensk	n	\bar{x}	s	Homogeneity of variance test / Preizkus homogenosti		t-test		
				F	p	t	df	p
				YES	480	2.87	0.055	29.688
NO	110	4.36	0.136			3.584	147.071	< 0.001

Legend / Legenda: n – number / število enot; \bar{x} – average / povprečje; s – standard deviation / standardni odklon; F – Levene's test of homogeneity of variance / Levenov preizkus homogenosti variance; p – statistical significance / statistična značilnost; t – value of arithmetic mean inequality test / vrednost testa za preverjanje enakosti aritmetičnih sredin; df – the number of degrees of freedom / število prostostnih stopenj

was therefore confirmed ($t = 3.584$, $df = 147.071$, $p < 0.001$) (Table 4 and Table 5). At the same time, the questions were also designed to show whether women enjoy sexual activity during pregnancy. Compared to the pre-conception period, when 92 % of women enjoyed sexual activity, only 57 % of them felt the same in the third trimester.

Hypothesis 2 stated that women with uncomplicated pregnancies were less frequently afraid of sexual intercourse during that time.

Taking into consideration the homogeneity of variance ($F = 29.688$, $p < 0.001$), independent samples *t*-test showed statistically significant differences between the pregnant women who did not experience any complications during their pregnancy and those who did ($t = 3.584$, $p < 0.001$) regarding their fear of sexual intercourse in pregnancy (Table 5). The pregnant women who did not experience any complications during their pregnancy ($\bar{x} = 2.87$) were less frequently faced with fears related to sexual intercourse than the women who had complicated

pregnancies ($\bar{x} = 4.36$). On the basis of the data obtained, hypothesis 2 was confirmed.

Discussion

Our survey shows that women tended to attribute greater importance to sex before pregnancy, while during pregnancy its importance decreased. The results pertaining to our first research question show that the frequency of sexual intercourse decreases compared to the pre-conception period. According to Orji and colleagues (2002), couples agree that sexual intercourse is important for maintaining a good and harmonious partnership, but the study by Bello and colleagues (2011) reports that their pregnant participants showed a decreased interest in sexual intercourse during pregnancy. Some women supposedly avoid sexual intercourse in the last trimester (Makara-Studzińska, et al., 2015). In the present study, the percentage of women who engaged

in sexual intercourse in the second trimester was slightly higher than for women in their first trimester. According to Leite and colleagues (2009), women in the second trimester tend to enjoy sex more, as first-trimester symptoms such as nausea, vomiting, fear of bleeding are subsiding.

The reduced frequency of sexual intercourse in the third trimester is a consequence of a growing pregnant belly, which may cause discomfort and a feeling of awkwardness during coitus; moreover, pregnant women may experience fear of and/or pain during sex (Gokyildiz & Beji, 2005). The results of the present study confirm that two factors of women's decreased sexual desire during pregnancy are feelings of awkwardness and fatigue. Other reasons of lesser importance for the decrease or abstinence from sexual intercourse, according to our respondents, are inability to find a suitable sex position, nausea, fear that sexual intercourse might cause preterm labour, and lack of vaginal lubrication. Fears related to sexual intercourse have also been reported by international studies. For example, fear has been found to be statistically significantly related to pregnancy complications and to indirectly affect the couples' viewpoints on sex during pregnancy (Gokyildiz & Beji, 2005; Leite, et al., 2009; Sacomori & Cardoso, 2010).

Our study shows that the participants agreed to sexual intercourse with hesitation and that the rejection of sexual intercourse increased with each subsequent week of gestation. According to international studies, pregnancy brings about changes in the levels of sexual desire. In general, women admit that their desire has changed at least once during their pregnancy (Sossah, 2014). The results of our study show that the majority of respondents had experienced reduced sexual desire during pregnancy. In the first trimester, the reason for the reduced sexual desire lies in altered hormonal activity which causes lack of vaginal lubrication and reduced libido (Silveira, et al., 2013). In addition, nausea, fatigue, physical changes (Rauff & Downs, 2011) and a changed body image (Olusegun & Irete, 2011) also influence sexual desire, particularly in the third trimester. As mentioned earlier, sexual desire may in fact increase in some individuals, and pregnancy can have a beneficial effect on achieving orgasm, especially in the second trimester. This may be due to increased blood flow to the genitals and breasts, which makes the sexual experience more intense (Makara-Studzińska, et al., 2015). The third trimester is a time of the lowest level of sexual desire (DeJudicibus & McCabe, 2002; Pauleta, et al., 2010) and this is when the highest percentage of women do not experience orgasm (Bello, et al., 2011). The results reported by Bello and colleagues (2011) are identical to those obtained by the present study; 28 % of women never experienced an orgasm in their third trimester of pregnancy.

The aim of our study was to find out how satisfaction with sexual intercourse changes during pregnancy. A review of the literature shows that sexual satisfaction

decreases with advancing gestation (Gokyildiz & Beji, 2005; Silveira, et al., 2013), as was also confirmed by the present study. It should be taken into consideration that a pregnant woman is under the influence of various metabolic and hormonal changes, which in turn trigger certain psychophysical changes that may also affect sexuality (Araújo, et al., 2012). From a psychological point of view, a pregnant woman might not be satisfied with her sex life due to emotional instability, a poorer self-image, a feeling of unattractiveness (Orji, et al., 2002), and a decline in her overall mood (DeJudicibus & McCabe, 2002). In addition, various physical changes affect the body image of a pregnant woman (Rauff & Downs, 2011), especially in the third trimester when, according to international studies, it seems to be at its lowest (Inanir, et al., 2015).

Healthcare professionals are reluctant to give advice on sexuality (Haboubi & Lincoln, 2003), although women expect and want open communication (Wendt, et al., 2011). Due to the psychophysically and socially complex influence of pregnancy on relationships, discussions about sex life during pregnancy are urgently needed. Therefore, we suggest that sexual education be included in prenatal care clinics. Since midwifery students prepare for this role during their studies (Mivšek, 2015), it would be useful for them (as midwives in practice offering continuous and individualised care) to address this topic with their pregnant clients.

The questionnaire was adequately completed by 685 women, which provides a sample large enough to generalise the results of the study and present the observed trends in relation to the studied problem in our geographical area for most variables. As our sample size was not representative, it was difficult to find significant correlations from the data for the Slovene population. Nevertheless, the results may still be widely applicable in supporting specific counselling on sexuality in Slovenia. The questionnaire with closed-ended questions also limited our ability to conduct a more in-depth investigation. We are also aware of the importance of hearing men's perspectives on sexuality during their partner's pregnancy and how it might affect them differently. Further studies on the current topic are recommended at national level.

Conclusion

It should be noted that pregnancy affects the couple's sex life and that during pregnancy, sexuality may affect the overall relationship between partners. It is therefore important that relevant institutions and programmes (parenting classes) offer pregnant women the possibility to participate in discussions and counselling on sexuality. In order to transfer these research findings into practice, the authors consider it necessary to develop national guidelines and programmes for counselling couples on their sex life during pregnancy. The subject must be addressed with sensitivity, which requires time, intimacy,

and a non-judgmental confidential relationship between the healthcare professional and the woman. During appointments, midwives could assume an active role in providing couples with recommendations for sexual intercourse during pregnancy, advice on sexual positions, and also evidence-based information on unconventional sexual activities.

If we wish to gain an in-depth understanding of individuals' experiences, opinions and feelings, we should also adopt a qualitative research approach by using unstructured or semi-structured techniques and methods such as focus groups (group discussions), individual interviews, and participation/observation. All this should be regarded as a recommendation for future upgrading and improvement of our research.

Conflict of interest / Nasprotje interesov

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

Funding / Financiranje

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

Ethical approval / Etika raziskovanja

This retrospective study of anonymous entries was exempt of approval by the ethical committee. / Raziskava predstavlja retrospektivno analizo anonimiziranih podatkov in zato ni potrebovala posebnega dovoljenja komisije za etiko.

Author contributions / Prispevek avtorjev

All authors contributed equally to study design, literature search and writing the manuscript. / Vsi avtorji so enako prispevali k zasnovi raziskave, pregledu literature in pisanju besedila.

Literature

Araújo, N.M., Salim, N.R., Gualda, D.M. & Pereira da Silva, L.C., 2012. Body and sexuality during pregnancy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), pp. 552–558. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300004>

Bello, F.A., Olayemi, O., Aimakhu, C.O. & Adekunle, A.O., 2011. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstetrics Gynecology*, art. ID 856586, pp. 1–6. <https://doi.org/10.5402/2011/856586>
PMid:21647230; PMCid:PMC3101881

Davies, R. & Kitschke, J., 2015. Completing the midwife-woman partnership. In: S. Pairman, J. Pincombe, C. Thorogood & S.K. Tracy, eds. *Midwifery: preparation for practice*. 3rd ed. Sydney: Churchill Livingstone Elsevier, p. 847.

DeJudicibus, M.A. & McCabe, M.P., 2002. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research*, 39(2), pp. 94–103. <https://doi.org/10.1080/00224490209552128>
PMid:12476241

Eryilmaz, G., Ege, E. & Zincir, H., 2004. Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 57(2), pp. 103–108. <https://doi.org/10.1159/000075582>
PMid:14673220

Gökyıldız, Ş. & Beji, N.K., 2005. The effects of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(3), pp. 201–215. <https://doi.org/10.1080/00926230590513410>
PMid:16020139

Haboubi, N.H. & Lincoln, N., 2003. Views of health professionals on discussing sexual issues with patients. *Disability and Rehabilitation*, 25(6), pp. 291–296. <https://doi.org/10.1080/0963828021000031188>
PMid:12623620

Inanir, S., Cakmak, B., Nacar, M.C., Guler, A.E. & Inanir, A., 2015. Body image perception and self-esteem during pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 3(4), pp. 196–200. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2015.41>

Khamis, M.A., Mustafa, M.F., Mohamed, S.N. & Toson, M.M., 2007. Influence of gestational period on sexual behavior. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 82(1/2), pp. 65–90. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2015.41>
PMid: 18217325

Leite, A.P., Campos, A.A., Dias, A.R., Amed, A.M., De Souza, E. & Camano, L., 2009. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(5), pp. 563–568. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000500020>
PMid:19918657

Makara-Studzińska, M., Plewik, I. & Kryś, K.M., 2015. Sexual activity of women in different trimesters of pregnancy. *European Journal of Medical Technologies*, 2(7), pp. 1–9. <https://doi.org/10.5604/18982395.1157576>

Mivšek, A.P., 2015. Do midwives need sexology in their undergraduate study programme: study among graduates of midwifery programme who attended sexology course. In: A.P. Mivšek, ed. *Sexology in midwifery*. Rijeka: InTech, pp. 1–19. <https://doi.org/10.5772/59007>

Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H. & Šunjić, M., 2015. Sexuality during pregnancy: what is important for sexual satisfaction in expectant fathers. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(3), pp. 282–293. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.889054>
PMid:24512100

- Olusegun, F.A. & Irete, A.O., 2011. Sexuality and sexual experience among women with uncomplicated pregnancies in Ikeja, Lagos. *Journal of Medicine and Medical Science*, 2(6), pp. 894–899. <https://doi.org/10.1080/01443610120113319>
PMid: 12521698
- Orji, E.O., Ogunlola, I.O. & Fasubaa, O.B., 2002. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(2), pp. 166–168. <https://doi.org/10.1080/01443610120113319>
PMid:12521698
- Pauleta, J.R., Pereira, N.M. & Graça, L.M., 2010. Sexuality during pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1), pp. 136–142. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x>
PMid:19845548
- Pauls, R.N., Occhino, J.A. & Dryfhout, V.L., 2008. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(8), pp. 1915–1922. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00884.x>
PMid:18547388
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P., 2001. *Essentials of nursing research: methods, appraisals and utilization*. Philadelphia: Lippincott.
- Rauff, E.L. & Downs, D.S., 2011. Mediating effects of body image satisfaction on exercise behaviour, depressive symptoms, and gestational weight gain in pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine*, 42(3), pp. 381–390. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9300-2>
PMid:22015436
- Sacomori, C. & Cardoso, F.L., 2010. Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among Brazilian women: a retrospective study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(2), pp. 124–136. <https://doi.org/10.1080/00926230903554503>
PMid:201694934
- Sagiv-Reiss, D.M., Birnbaum, G.E. & Safir, M.P., 2012. Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 41(5), pp. 1241–1251. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9839-9>
PMid:21915742
- Silveira, S.L., Silva, L.L., Salata, R.A., Mata, T.M. & Rosa e Silva, A., 2013. Impact of pregnancy on the sex life of women: state of the art. *International Journal of Clinical Medicine*, 4(5), pp. 257–264. <https://doi.org/10.4236/ijcm.2013.45045>
- Sossah, L., 2014. Sexual behaviour during pregnancy: a descriptive correlational study among pregnant women. *European Journal of Research in Medical Sciences*, 2(1), pp. 16–27.
- Wendt, E.K., Lidell, E.A., Westerståhl, A.K., Marklund, B.R. & Hildingh, C.I., 2011. Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*, 27(2), pp. 250–256. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.008>
PMid:19709790

Cite as / Citirajte kot:

Košec, T., Jug Došler, A., Kusterle, M. & Mivšek, A.P., 2019. Sex life during pregnancy: survey among women. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), 280–287. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.4.2964>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Vpliv porodnih praks na porodno izkušnjo v institucionalni oskrbi: sekundarna analiza kvalitativnih podatkov

The impact of childbirth practices in institutionalised care on childbirth experience: qualitative secondary analysis

Mirko Prosen

Ključne besede: medikalizacija; medicina; babištvo; ženske; družba

Key words: medicalization; medicine; midwifery; women; society

doc. dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.; Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

Kontaktne e-naslov / Correspondence e-mail:
mirko.prosen@fvz.upr.si

IZVLEČEK

Uvod: Nosečnost in porod sta naravna dogodka, čeprav ju danes – ob upoštevanju dejstva, da živimo v »družbi tveganja« – opredeljujemo skozi prizmo patologije in potencialnih nevarnosti. Cilj raziskave je bil razumeti izkušnje in doživljanja žensk, povezana z rojevanjem v porodnišnicah skozi prevladujoče porodne prakse, ki so po prepričanju žensk pomembno krojile njihovo porodno izkušnjo.

Metode: Uporabljena je bila sekundarna analiza kvalitativnih podatkov. Primarni podatki so bili zbrani leta 2014 v okviru raziskave Medikalizacija nosečnosti in poroda kot družbena konstrukcija z narativno metodo. V vzorec sekundarne analize je bilo vključenih 18 transkriptov intervjujev z ženskami, ki so rodile v porodnišnici. Analiza kvalitativnih podatkov je bila izvedena s pomočjo računalniškega programa NVivo, verzija 12.

Rezultati: V analizi so bile identificirane tri teme: (1) pomembnost podpore zdravstvenega osebja in avtonomija odločanja; (2) sprememba fokusa v dojetju carskega reza kot naravnega načina rojevanja; (3) rutinizacija in tehnifikacija porodnih praks.

Diskusija in zaključek: Rojevanje tako danes kot nekoč usmerjajo negativne in pozitivne porodne izkušnje. Poznati je treba oboje. Za ženske je prva porodna izkušnja poučna in obenem določujoča, saj na njeni podlagi presojujejo prihodnje porodne izkušnje. Podpora zdravstvenega osebja ter avtonomija odločanja sta ključni za pozitivno porodno izkušnjo. K temu bi lahko v prihodnje pomembno prispevale tudi spremembe nekaterih utečenih porodnih praks, ki bi morale hitreje slediti praksi, utemeljeni z dokazi.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and childbirth are physiological events but in the present-day risk-oriented society they are often viewed as representing potential pathology and hazards. The aim of the study was to understand the experiences of childbearing women in institutional care through dominant childbirth practices which, in women's opinion, shaped their birth experience.

Methods: Qualitative secondary analysis was used. The primary data was collected in 2014 in the study titled Medicalization of pregnancy and childbirth as social construction by using the narrative method. The sample in secondary analysis included 18 transcripts of the interviews conducted with women who had given birth in maternity hospitals. The analysis of qualitative data was conducted with the NVivo version 12 computer software.

Results: In the analysis three themes were identified: (1) the importance of support of healthcare professionals and the autonomy in decision making; (2) a shift in focus of viewing Caesarean section as natural childbirth; (3) turning childbirth practices into routine and technical processes.

Discussion and conclusion: Childbearing has always been guided by both, a negative and positive childbirth experience, so it is important to be familiar with both. For women, their first childbirth experience is a learning experience and at the same time a determining one, as it is the basis for determining their future childbirth experiences. The support of healthcare professionals and autonomy in decision making are crucial for a positive childbirth experience. In addition, changes in some of the established childbirth practices, which should follow evidence-based practice with a greater pace, would also contribute to a better experience of childbirth.

Uvod

Termin medikalizacija v ljudeh pogosto vzbuja negativna stališča, vendar točnega in jasnega odgovora o tem, kaj pravzaprav medikalizacija je in kaj jo poganja, nimamo. Prvotno se je koncept medikalizacije nanašal na specifični družbeni proces, za katerega je bila značilna ekspanzija pristojnosti medicine kot profesije (Davis, 2006; Correia, 2017). Danes pa se raba termina bolj ali manj nanaša na vsako opredelitev ali opis problema z medicinsko terminologijo ali zdravljenje z medicinskimi posegi (Conrad, 1992, 2007) oziroma na vse večji vpliv zdravstvenih institucij in medicinske profesije na vse vidike življenja, ki pred tem niso bili razumljeni kot medicinski problem (Maturro, 2012; Prosen & Tavčar Kranjc, 2013; Correia, 2017). Gre za podaljšanje konceptualne in normativne domene medicine v probleme, stanja ali procese ter njihovo vključenost v medicinsko obravnavo. Z medikalizacijo so problemi, stanja ali procesi že vključeni v veljavne konceptualne modele, npr. »nenormalno« ali »normalno« ali »naravno«, opisno preoblikovani v motnje, bolezni ali pomanjkljivosti, ki zahtevajo medicinsko obravnavo (Davis, 2010). Toda medikalizacija ni vseobsegajoča. Conrad (2007) meni, da lahko govorimo o stopnjah medikalizacije, saj vse spoznane deviantnosti niso enako medikalizirane. V nekaterih primerih je bila medikalizacija neuspešna, v nekaterih obstaja preveč konkurenčnih opredelitev deviantnosti ali pa opredelitve iz preteklosti brišejo jasno sliko trenutnih razmer. Tako so npr. smrt, porod in duševne bolezni v celoti medikalizirani, menopavza in uživanje drog le deloma, spolna odvisnost, zloraba in nasilje v družini ali celo moška plešavost pa minimalno.

V znanstvenih publikacijah je vse bolj prisotno priznavanje, da se je medikalizacija razširila zunaj meja medicinske profesije, družbenih gibanj in organizacij v biotehnologijo, potrošništvo in zavarovalništvo (Conrad, 2005; Conrad & Barker, 2010). Nekateri avtorji (Bezenšek & Barle, 2007; Williams, et al., 2008) ugotavljajo, da ima medikalizacija močno podporo tudi znotraj nekaterih elitnih družbenih skupin, ki tako povečujejo svojo družbeno moč in ugled, in v farmacevtski industriji, ki ima od teh procesov največ koristi. Vse bolj so tako očitni poskusi evlucijske prilagoditve koncepta medikalizacije kompleksnosti sodobne družbe, ki se kažejo skozi nove formulacije, kot so biomedikalizacija, KAMizacija (KAM – komplementarne in alternativne metode zdravljenja) (Correia, 2017) in farmacevtikalizacija (Maturro, 2012).

Ženska telesa so bila skozi zgodovino medicine upodobljena in obravnavana kot grožnja moralnemu redu in družbeni stabilnosti. Stoletja so bile ženske v medicinskem diskurzu tradicionalno opredeljene za »bolno«, nepopolno različico moškega. Takšna ideologija se je izražala v diskurzih in slikah

medicinskih učbenikov in tekstov ter bila na ta način implementirana v klinično prakso. Čeprav se je medikalizacija najprej dotaknila psihiatričnih pacientov, je na področju zdravja žensk histerija prvi očitni primer medikalizacije (Lupton, 2003; Prosen, 2014). Do danes so številne raziskave o medikalizaciji dokazale, da so težave žensk v primerjavi z moškimi disproporcionalno medikalizirane (Prosen & Tavčar Kranjc, 2013; Prosen, 2014; Prosen, 2016). To se kaže v raziskavah o reprodukciji in nadzoru nad rojstvi, porodu, neplodnosti, predmenstrualnem sindromu, fetalnem alkoholnem sindromu, motnjah hranjenja, spolnosti, menopavzi, kozmetičnih operacijah, anksioznosti, depresiji (Conrad, 2007; White, 2009; Davis, 2010), motnjah spanja (Hislop & Arber, 2003), prekomerni telesni teži (Wray & Deery, 2008) itd. Conrad (2007) deloma ugovarja in meni, da se medikalizacija v smislu proporcionalnosti med spoloma izenačuje, predvsem na račun medikalizacije moškega telesa v starosti (npr. vstop Viagre' na trg leta 1998).

Na vprašanje, zakaj se je medikalizacija bolj dotaknila žensk kot moških, je skozi prizmo feminizma poskušala leta 1983 odgovoriti Catherine Riessman (1983). Zaključila je, da ženske sodelujejo v procesu medikalizacije zaradi lastnih potreb in motivov, ki izhajajo iz narave njihove družbene podrejenosti. Poleg tega druge družbene skupine prispevajo ekonomske koristi, na katere se pozitivno odzivajo tako medicina kot ženske. Na ta način se razvije konsenz, da določeno težavo razumemo skozi medicinsko terminologijo (Correia, 2017). Vendar pa danes velja, da medicina ni več osrednje gonilo medikalizacije in da se na ekonomske koristi veliko prej kot medicina odzovejo druge panoge (Williams, et al., 2008; Prosen & Tavčar Kranjc, 2018).

Nosečnost in porod sta naravna dogodka, čeprav ju danes – ob upoštevanju dejstva, da živimo v »družbi tveganja« – opredeljujemo skozi prizmo patologije in potencialnih nevarnosti. Nadzor nad rojevanjem je s prehodom od poroda na domu k porodu v institucionaliziranem okolju postal pomembna naloga medicine. Nosečnost in še posebej porod sta tako postopoma postajala medicinski dogodek: babice je izpodrivala medicina, porodnice so bile vključene v biomedicinski model oskrbe, dojenje so nadomestile razvijajoče se mlečne formule (Christiaens & Van Teijlingen, 2009; Prosen & Tavčar Kranjc, 2013). Na oba dogodka je vplivalo prepričanje, da je za rojstvo zdravega novorojenca nujna specializirana in nadzorovana oskrba. Med procesom medikalizacije je vlogo protagonista, ki jo je prej imela mati, prevzel novorojenec (Christiaens & Van Teijlingen, 2009). Z medikalizacijo se je na tem področju začela razvijati tehnologija, poraslo je tudi število medicinskih posegov. Hkrati gre za vzrok in posledico, kar pojasnjuje tudi »odkrievanje novih bolezni« (Maturro, 2012).

Namen in cilji

Javni diskurzi o porodu, številna družbena gibanja, poskusi spremembe klinične prakse ter v zadnjem času javno izrečeni glasovi žensk so rezultat in obenem pokazatelj, da je zanimanje laične in strokovne javnosti za doživljanje poroda visoko. Nosečnost in porod tako nista le pomembna dogodka v življenju vsake ženske, temveč odražata širše družbene vrednote in z njimi vse, kar družba pri sebi najbolj ceni. Pomen in potek poroda v neki družbi sta tako močno vezana na razvojne procese in stopnjo njene razvitosti (Prosen, 2016). Cilj raziskave je bil razumeti izkušnje in doživljanja žensk, povezana z rojevanjem v porodnišnicah skozi prevladujoče porodne prakse, ki so po prepričanju žensk pomembno krojile njihovo porodno izkušnjo. Oblikovano je bilo naslednje raziskovalno vprašanje:

– Kako prevladujoče porodne prakse oblikujejo porodno izkušnjo žensk v institucionalnem okolju?

Metode

Uporabljena je bila sekundarna analiza kvalitativnih podatkov, opredeljena kot uporaba obstoječih podatkov za iskanje odgovora na raziskovalno vprašanje, ki se razlikuje od uporabljenega v primarni raziskavi (Long-Sutehall, et al., 2010; Ruggiano & Perry, 2017; Tate & Happ, 2018). Kljub temu mora pri tem obstajati premisa med primarnim in sekundarnim metodološkim pristopom (Riegel & Dickson, 2016). Kot raziskovalna strategija omogoča preiskovanje novih vprašanj, perspektiv ali konceptov znotraj že obstoječih raziskav, s čimer povečuje izkoristek pridobljenih podatkov (Riegel & Dickson, 2016; Tate & Happ, 2018). Primarni podatki, zbrani januarja 2014, so bili analizirani s petstopenjsko tematsko analizo, ki jo predlaga Yin (2011).

Opis konteksta primarne raziskave

Sekundarna analiza kvalitativnih podatkov temelji na delu kvalitativnih podatkov raziskave *Medikalizacija nosečnosti in poroda kot družbena konstrukcija* (Prosen, 2016), katere cilj je bil med drugim preučiti doživljajski svet žensk, ki so skozi nosečnost in porod izkusile medikalizacijo. V delu raziskave, ki se je epistemološko spogledovala z družbenim konstrukcionizmom, sta bila uporabljena kvalitativna raziskovalna dizajna, in sicer narativna metoda in fenomenologija. Za sekundarno analizo kvalitativnih podatkov so bili uporabljeni podatki, pridobljeni z narativno metodo pri intervjuvankah, tj. ženskah, ki so rodile v institucionalnem okolju. Narativna metoda omogoča raziskovalcu vstop v doživljanje intervjuvanca, ki skozi pripoved opisuje zgodbo. V primarni raziskavi je bil uporabljen namenski vzorec 19 žensk, ki so doživele nosečniško oziroma porodno izkušnjo v Sloveniji. Izbor enot v vzorec ni bil omejen le geografsko, temveč

tudi s časom, ki je minil od poroda (ne več kot tri leta), načinom in vrsto poroda (spontani porod, epiziotomija, carski rez, vakuumska ekstrakcija) in številom porodov (prvo- in mnogorodnice). Sodelujoče so podpisale informirano soglasje. Podatki so bili zbrani s pomočjo delno strukturiranega narativnega intervjuja, po predhodno izpeljanem pilotnem intervjuju. Osnovno vprašanje v raziskavi je bilo: Opišite svojo porodno zgodbo – kako se je vse skupaj začelo in končalo? Maloštevilna podvprašanja so le odpirala pot izpuščenim pripovedim žensk (npr. Ali je bil porod takšen, kot ste načrtovali?). V analitičnem delu je bila uporabljena tematska in delno strukturalna analiza besedila. Zvočni posnetki intervjujev so bili dobesedno prepisani – delni fokusni transkript. Prava imena sodelujočih so bila nadomeščena z namišljenimi. Tematska analiza je potekala v zaporedju: večkratno branje transkriptov, kodiranje podatkov, združevanje kod v kategorije in izpeljava posameznih tem iz kategorij. Analiza podatkov je bila narejena s pomočjo računalniškega programa NVivo, ver. 10 (QRS International, Victoria, Australia) (Prosen, 2016).

Opis vzorca

V vzorec sekundarne raziskave je bilo vključenih 18 transkriptov intervjujev oziroma 18 sodelujočih žensk, ki so rodile v porodnišnici. Iz primarnega vzorca ($n = 19$) je bila v sekundarni analizi izločena ena sodelujoča, ki je rodila v zdravstvenem domu in je zaradi ohranitve večje homogenosti vzorca nismo vključili v novo analizo.

V primarnem vzorcu so bile ženske v povprečju stare 29,3 leta. Najmlajša je štela 20 in najstarejša 39 let. Osem žensk je imelo zaključeno srednješolsko izobraževanje, šest višje- oziroma visokošolsko in štiri univerzitetno. Leta 2013 je rodilo šest žensk, leta 2012 osem in leta 2011 štiri ženske. V vzorcu je bilo osem prvorodnic, izmed katerih jih je pet rodilo vaginalno in tri s pomočjo carskega reza; devet drugorodnic, izmed katerih jih je drugega otroka s pomočjo carskega reza rodilo pet in vaginalno štiri. V vzorcu je bila tudi ena tretjerodnica, ki je zadnjega otroka rodila vaginalno.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred odločitvijo, ali je sekundarna analiza kvalitativnih podatkov izvedljiva, je bila narejena presoja ustreznosti primarnih podatkov (Long-Sutehall, et al., 2010; Tate & Happ, 2018), predvsem njihove ustreznosti in kakovosti glede na novo zastavljeno raziskovalno vprašanje. Zato so bili transkripti ponovno prebrani, ob njih pa narejeni posamezni zaznamki, vezani na tematsko analizo. Glede na podatke in novo raziskovalno vprašanje je raziskovalec sklenil, da je izvedba sekundarne analize kvalitativnih podatkov smiselna. V končno analizo je bilo izbranih 18 intervjujev oziroma transkriptov. Analiza je bila izvedena v novembru 2018.

ni delala nič narobe, ampak nekako, [...] bom opisala. Nonstop je hodila noter pa ven, nič se ni zelo z mano pogovarjala, meni se zdi, da sem tisti čas rabila enega, da bi se dal na mojo raven. Erika_VN55071

Nekatere izmed sodelujočih so prepoznale vzroke in skušale opravičiti nezadostno navzočnost babice med porodom z neustrezno organizacijo dela in posledično preobremenjenostjo babic na delovnih mestih.

Osebnost se mi je zdelo, da če bi bila babica več tam, takrat ko sem jaz čutila, da so močni popadki, da bi lahko, bi bilo prej. Prišla je, ko so bili šibkejši, in ni bilo tako koristno, kot bi sicer bilo. Jaz sem imela takšen občutek. Kar precej sva bila sama (partner, op. a.). Prišla je pogledat, pa je šla, sedaj bomo poizkusili, ali pa ne bo, pridem čez nekaj časa. To se potem samo stopnjuje. Zdi se mi. [...] Saj verjamem, da imajo poln urnik, da jih je premalo, da nimajo časa, samo se mi zdi, če bi bila več časa tam, na primer, da bi bila vedno tam, bi prej steklo. Ne vem. Morda se motim. Sonja_VN550049

Bila je samo ena babica v tistem turnusu. Ko sem bila jaz v porodni sobi, jih je rodilo še šest. Malo sem se počutila – no, zapostavljeno. [...] Sem bila tam, pa je rekla: 'Dajte predihavati, eno uro me ne bo, imamo nujni carski rez.' Malo čudno se počutiš. Nuša_VN550069

Kontinuirano babiško oskrbo, ki se začne v nosečnosti, nadaljuje z obporodno oskrbo in sega tudi v poporodno obdobje, je kot pomemben element zadovoljstva žensk s porodno izkušnjo in kakovostjo zdravstvene oskrbe (Stanek Zidarič, et al., 2011) vsaj v delni obliki prepoznalo nekaj sodelujočih. Za mnoge je prisotnost iste babice ves čas poroda iskrena želja. Druge, čeprav v manjšini, so kot prednost izpostavile, da babica ni bila nenehno prisotna.

Babice bi se morale bolj posvetiti. Vsaka ženska, ki rojeva, bi morala imeti svojo babico, čeprav je nemogoče, ker ne veš, koliko žensk bo rodilo. Ana_VN550070

Ne, mi je bilo super (če ni bila navzoča babica, op. a.), zato ker je bolj sproščeno, če ni zraven. Jasna_VN550060

Čeprav se morda zdi, da prevladujejo negativne izkušnje sodelujočih, je pri večini opaziti izrazito povečanje zadovoljstva s podporo zdravstvenega osebja pri drugo- oziroma mnogorodnicah ali celo ob menjavi babice ob izmeni (pri čemer ne gre nujno za zadovoljstvo).

Meni je bila 'muka' takrat, prvič. Tudi malo, verjetno zaradi babice, ker sem jo potem primerjala z drugo. Druga mi je bila tako simpatična, naredila je vzdušje, da se tudi ti dobro počutiš, se sprostiš, pošališ. Pri prvi pa ne. Z mozem sva bila dosti sama. Samo je prišla, pa šla, pa prišla, pa šla ... Vmes so se tudi zamenjale, kolikor se spomnim. Na prvič nimam lepe izkušnje. Sonja_VN550049

Da, da, drugič je bilo bistveno hitreje in krajši čas sem bila v porodni. Drugič je bilo tudi dosti več ljudi okoli mene, zdravnikov itd. Prvič pa sem bila sama. [...] Več osebja je bilo verjetno zato, ker je bil v medenični vstavi. [...] Drugič, ko sem bila, mi je babica dala žogo, da sem bila skoraj do konca na njej. Moža je navadila,

kako me mora masirati. V drugo je bilo v redu. Babica je imela drugačen pristop in sem bila bolj zadovoljna. Ajda_VN550047

Zdaj, tretjič, recimo, je bilo najlažje, najlepše. Imela sem babico, ki bi jo bilo potrebno pohvaliti. Pravi sonček, res nisem nikoli prej doživela kaj takega. Glede strokovnosti, sposobnosti, res prijazna. V bistvu me je masirala med popadki, kar me prej niso nikoli. Bila je ves čas ob meni in me spodbujala. En tak lep odnos, res lepo. Anja_VN550051

Prva babica je bila super, sicer povsod, ker ni mogla drugače. Tudi glasbo mi je dala, ona se je spomnila tudi, kdaj sem zadnjič šla na vodo, hvala bogu, saj je to njena stroka. [...] Ob sedmih je ona šla, rekla mi pa je, dobesedno, da mi bodo dali infuzijo, ker drugače ne bom rodila do kosila. [...] Prišla je druga babica, ki je bila malo manj topla. Ko si iz stroke, si na to še bolj pozoren. Res je bila hladna, nobene spodbudne besede, veliko časa je bila samo v 'čajni' in je samo vajenka hodila do mene. [...] Ni mi bilo prav. Zala_VN550066

Očitno je, da je prva porodna izkušnja z zdravstvenim osebjem, ki sodeluje pri obporodni oskrbi, za ženske določujoča. Težko je sklepati, ali jih zgolj prva izkušnja zaradi tega naredi samozavestnejše pri naslednjem porodu ali pa k temu prispevajo še drugi dejavniki pre- in postnatalnega obdobja. Utemeljeno lahko sklepamo, da je pomemben del porodne zgodbe vsake ženske, ki rodi v institucionalnem okolju, tudi odnos zdravstvenega osebja do nje. V ospredju sta predvsem empatija in sočutje, ki sta očitno v prednosti pred avtonomijo odločanja. Odnos bi moral temeljiti na zaznavanju te potrebe pri porodnicah in ne bi smel biti prepuščen njihovi bogaboječnosti, iznajdljivosti ali celo »sitnosti«.

Ko greš prvič roditi, nimaš izkušenj in ne veš, kaj lahko zahtevaš od osebja in česa ne. Odvisno pa je tudi od tebe, kako si naučen, ali znaš biti siten ali ne. Meta_VN550061

Drugič sem imela občutek, da vsaj do neke mere jaz nadziram stvari. Imaš že izkušnje, več prebereš, primerjaš. Veš, kaj si prvič naredil narobe, ali pa se ti zdi, da si naredil narobe in da bi bilo drugič boljše, [...] malo se poslušaj, malo odrasteš v tem času. Sonja_VN550049

Izpostavljena avtonomija se v zgodbah sodelujočih na prvi pogled res zdi drugotnega pomena, predvsem zato, ker je uveljavljeno prepričanje, da »tako pač mora biti«; o tem ne dvomijo, niti ne izražajo lastne volje.

Jaz sem prišla tja in se nisem ozirala na to, kaj se mi dogaja, da so mi dali umetne popadke, i. v. kanilo. [...] Mislila sem, da tako mora biti in tako je. Ajda_VN550047

Mnoge sodelujoče izpostavljajo nezadostno informiranost, kar posledično onemogoča morebitno informirano soglasje. Tako je tudi avtonomija odločanja pogosto ovirana. Paternalizem pa ne more biti vedno izgovor, da odločitve z namenom obvarovanja pred tveganji zdravstveni delavci

sprejemajo brez predhodnega informiranja porodnice.

V bistvu mi je žal, da je nisem vzela (epiduralne analgezije, op. a.). Prvič je bilo grozno. Zdaj, tretjič, če bi mi namignila, bi jo. Vendar ker mi je rekla (babica, op. a.), da je ne rabim, si nisem upala več vprašati. Anja_VN550051

[N]a koncu so mi dali tisti papir (privolitev za carski rez, op. a.), ko tako ali tako nisem vedela niti, kako mi je ime, podpisala sem, da me lahko režejo (smeh). Klara_VN550056

Začutila sem, da je nekaj zarezalo. Mislila sem, da to spada k porodu, bolečina, ki spada zraven. Ko je prišla zdravnica šivat, je pogledala in babica je rekla, da se je tako odločila zaradi moje konstitucije. Iz njihovega pogovora sem ugotovila, da so mi prerezali presredek. Niso me vprašali, niso mi povedali. Vem, da je bilo to boljše zame, vendar je prav, da ti povedo. Lea_VN550052

Sprememba fokusa v dojemanju carskega reza kot naravnega načina rojevanja

Večina sodelujočih žensk, ki so rodile s pomočjo carskega reza, je v njem prepoznala rešitev, možnost, da lahko rodijo brez hudih tveganj za zdravje novorojenca ali svoje zdravje. Prav tako je bila pri sodelujočih več kot očitna miselnost, da se bo v drugi nosečnosti porod končal na enak način.

Prvič je malo drugače, ker nimaš od prej otroka, imaš več časa sam s sabo, ne vem, tudi spremljaš različno literaturo, se zanimaš malo bolj, tudi več časa imaš. [...] Imela sem tudi medenično vstavo, tako da do zadnjega nisem vedela, kako bom rodila. Malo me je skrbelo, kako bo, če do zadnjega ne veš, malo me je bilo tudi strah vaginalnega poroda, malo že iz otroštva neke čudne fobije (smeh), tako da se mi je prav poklopilo, tudi prav v redu mi je bilo, da sem rodila na koncu s carskim rezom. Špela_VN550058

Želja po večji varnosti in optimalnih ter predvidljivih izidih poroda je posledica dejstva, da živimo v družbi tveganja, kar še bolj očitno postavlja porodnice v pasivno vlogo v odnosu do zdravstvenih delavcev.

Pri prvem sem imela carski rez, ker je bila medenična vstava. [...] Predlagali so, da naredijo carski rez. V redu, če je to tako, bom naredili carski. Pri nobeni stvari nisem delala problemov. Povedali so mi za možnost zunanega obrata. Meni se ni zdelo smiselno, ker če se je tako odločil, da bo sedel, pa naj sedi. Z enim namenom že mora tako biti. Odločila sva se, da grem na carski, in to je to. Klementina_VN550063

Pojmovanje carskega reza v očeh sodelujočih razkriva vpogled v predstave o telesu rojevajočih žensk, ki so pod vplivom biomedicinske ideologije. Tako oblikovane predstave o tem, »kaj telo zmore in česa ne«, močno krojijo samopodobo in posledično vplivajo na sprejemanje carskega reza kot edine možne rešitve.

Prvič sem bila v porodni pet ur, drugič pa takoj, ker je bilo že napovedano, da bo carski rez. Ob enim sem imela

konec pregleda, petnajst do dveh sem pa že rodila. Moje telo ni več preneslo, da bi bil otrok noter, to je bilo to. Rodila sem v 37. tednu. Klara_VN550056

Carskega reza nisem pričakovala, sem pa čutila kot neko olajšanje, da mi ne bo treba preživljati vseh tistih muk, čeprav nisem vedela, kaj me čaka. Marija_VN550062

Nekatere intervjuvanke so jasno povedale, da bi moral biti carski rez kot način rojevanja ženskam omogočen kot prosta izbira. Ena izmed sodelujočih je carski rez omenila kot izhod v sili zaradi strahu pred porodom.

Jaz mislim, da bi to lahko bilo omogočeno. Čeprav vem, da so komplikacije, ampak jaz mislim, da bi lahko bilo tako. Jasna_VN550060

Ne, če bi jaz zbirala, bi carski. Po moje ja. Jaz sem zmeraj govorila, da se bojim poroda, in potem ko so rekli, da bo carski, se mi je kar odvalilo. Jasna_VN550060

Kljub temu so razlike v doživljanju in izkušnji rojevanja s carskim rezom razvidne med ženskami, ki »sprejemajo« carski rez, in tistimi, katerih namen ni bil roditi s carskim rezom in nanj niso bile pripravljene. Jasna in Petra sta v carskem rezu videli zaključek poroda. Jasna (VN550060) je ob tem rekla: »[K]o so rekli, da bo carski, se mi je kar odvalilo,« medtem ko je Petra (VN550065) carski rez pospremila z besedami: »To je bila zame rešilna bilka.« Nasprotno pa Klara opisuje:

Jaz sem najprej normalno rojevala, potem pa je šlo vse narobe. [...] Vse se je zakompliciralo, vse je bilo malce prepozno. Imela sem pa veliko psihičnih težav po prvem porodu. Klara_VN550056

Podobna je tudi zgodba Tamare, ki je oba otroka rodila s carskim rezom in razkriva psihične težave, ki jih je imela po njem in so se kazale v težavah z dojenjem ter posledični navezanosti na otroka.

Jaz, recimo, prvega stika niti prvič niti drugič nisem imela. Ga je imel recimo mož. On jih je prvi videl. Dolgo časa sem imela občutek, grdo rečeno, da imam štruco kruha tam, ki jo moram podojiti. S prvim otrokom sem se povezala šele po enem letu in pol. Dejansko, prav tisto materinsko. Tamara_VN550055

Porodne prakse, ki omogočajo čimprejšnji stik z otrokom po carskem rezu, podpora ob prvem stiku (upoštevajoč način anestezije) matere z novorojencem in podpora pri dojenju so se v pripovedih žensk izkazali kot ključni dejavniki za pozitivno porodno izkušnjo po carskem rezu. Porodne prakse, ki čimprejšnji stik matere z novorojencem zavirajo, onemogočajo in ga ne podpirajo, pa so seveda temelj negativne porodne izkušnje.

Rutinizacija in tehnikifikacija porodnih praks

V zapisih zgodb porodne prakse, kot so aplikacija klistirja, britje, vaginalni pregled med porodom ter prakse, povezane z gibanjem, uživanjem hrane in pijače med porodom, pomembno oblikujejo

porodno izkušnjo. K navedenim praksam sodelujoče pridružujejo še stimulacijo oziroma indukcijo poroda, kardiokografijo (CTG), epiziotomijo kot medicinskotehnični poseg ter metode zdravljenja porodne bolečine.

Porodne zgodbe razkrivajo, da je prevladujoč porodni položaj v prvi in drugi porodni dobi hrbtni položaj. Na možnost svobodnega gibanja in spreminjanja položaja med porodom večinoma vplivajo postavljena medicinska diagnoza (npr. razpok plodovega mehurja), tudi prepričanja in z njimi povezan pristop zdravstvenega osebja (babice) ter nekateri medicinskotehnični posegi in tehnologije, ki spremljajo porod v instituciji.

[V]mes (med porodom, op. a.) sem se tudi obračala, vstati pa nisem smela. [...] Da se ne bi prehitro sprožil porod oziroma da se mi ne bi popkovina zavila. Erika_VN550071

Povedali so mi, da mi je odtekla voda, da se ne smem premikati, in mi je bilo še huje. [...] Iz boka na bok in to je to ... Ne, žoge nisem rabila. So mi rekli, da ne smem vstajati, hoditi, zato ker mi je odtekla voda. Nuša_VN550069

Tudi ležanje na hrbtu. [...] Ti niti ne dovolijo. [...] V drugih bolnicah je mogoče to dovoljeno. Morala sem ležati, tudi če sem hotela na bok, mi niso dovolili. Lea_VN550052

Sem mogla bolj ležati, ja, ker sem bila 'priklopljena' (misli na CTG, op. a.). [...] Ja, samo ko sem rekla, da me tišči na WC. Drugače pa sem bila na postelji. Jasna_VN550060

A tudi v tem pogledu so vidne razlike v porodnih praksah zdravstvenega osebja in pri nekaterih intervjuvankah jasno izrečeno znanje o mehanizmu poroda.

Bilo mi je fajn, da sem lahko vmes tudi malo vstala, tudi če sem morala imeti CTG neprestano gor, ker so spremljali mekonijsko plodovnico, da ne bi bilo kaj narobe. Boljše mi je, da se lahko malo gibaš, med popadki sem se nekam prijela, predihala, tako kot so nas učili v šoli za starše. Vmes sem se morala tudi malo uleči, ko je šlo počasi proti koncu. Mi je pa bilo všeč, da sem lahko malo stala, ker že sama fizika tako nakazuje. Eva_VN550064

Po mnenju sodelujočih sta klistir in britje postala utečeni in samoumevni del priprave na porod. V izvedbi klistirja sodelujoče vidijo prednosti, medtem ko so za britje sramnih dlak nekatere poskrbele same pred odhodom v porodnišnico. Mnoge v klistirju vidijo ohranjanje dostojanstva med porodom in izogibanje sramu v primerih nenadzorovanega odvajanja.

Je izbira ženske, ma, mislim, da ni potrebno, da to odkloni. Ker se mi zdi že iz higienskih razlogov, da je to dobro. Špela_VN550058

Jaz sem prišla že urejena (v mislih ima obrito zunanje spolovilo, op. a.) in me niso potem oni. Če dobiš klistir, si potem bolj sproščen, da ne boš odvajal med porodom. Ana_VN550070

V primerjavi, kako so me strašili s klistirjem, se mi potem ni zdelo. [...] Mogoče si potem bolj sproščen, če veš, da [...] Ne vem. Ajda_VN550047

Podobna praksa, kot sta britje in klistir, je tudi omejevanje uživanja hrane in pijače med porodom. Uživanje hrane se intervjuvankam ne zdi problematično, ker potrebe po hrani med porodom niso čutile, večjo težavo predstavlja omejevanje tekočine.

Voda v malih požirkih bi lahko bila. Po hrani jaz nisem čutila nobene potrebe, po vodi pa ja. Tadeja_VN550059

Vaginalni pregled med porodom, ki je sicer pomemben del poroda, v očeh sodelujočih ni bil problematiziran v taki meri, da bi lahko govorili o ključnem vplivu na oblikovanje porodne izkušnje. Podobno kot pri nekaterih drugih porodnih praksah se kaže, da gre za medicinski poseg, ki je v tem okolju samoumeven in tudi ponotranjen s strani porodnic.

Nekatere ženske odklanjajo vaginalne preglede med porodom. So različni pristopi in želje, kako roditi. Jaz, ko sem prišla, ko je bila tista situacija, sploh nisem razmišljala, da bi rekla ne. Doktor in babica morata pogledati. Ajda_VN550047

Poleg medicinskotehničnih posegov, kot so stimulacija / indukcija poroda in epiziotomija ter spremljajoče tehnologije (npr. CTG), sodelujoče omenjajo tudi prakso vsakokratne vstavitve intravenoznega kanala pred porodom, česar pa ne ocenjujejo negativno. Hkrati tudi ne polemizirajo o smiselnosti stimulacije / indukcije poroda ali kontinuiranega spremljanja s CTG. Dojemajo ga kot varnostni mehanizem in zato postavljajo svobodo gibanja v ozadje. Za nekatere je bilo veliko bolj moteče, da CTG-zapis ni sledil njihovim pričakovanjem, zaradi česar so občutile psihično stisko.

Dali so me na CTG. Rekli so mi, da skoraj nič ne pokaže. 'Voda vam je odtekla, vendar ne kaže nič.' Meni je bilo grozno. Rekli so mi, da ko bo popadek, bom nekaj čutila, vendar nisem čutila nič. Jaz sem to čutila neprestano. Nikjer ni bilo nič napisano. Nuša_VN550069

V porodnih zgodbah težko najdemo lepe spomine na epiziotomijo. Pri sodelujočih, ki so jo imele ob prvem porodu, ob mislih na drugega vzbuja strah in obenem upanje, da je ne bo. Bolečino, ki spremlja epiziotomijo, nekatere vidijo kot del procesa rojevanja in jo vzamejo v zakup.

Jaz bi rekla 'ne' epiziotomiji, če bi vedela, da bo vse v redu. Od vsega skupaj so najbolj boleči šivi, še dosti časa potem se ne moreš usesti. Tudi ko sem v drugo imela epiziotomijo, ni bilo nič lažje, nič boljše. Ker je bil v medenični vstavi, sem vedela, da epiziotomija bo. Tretjič, upam, da ne bo potrebna. To se mi res zdi ... Ajda_VN550047

Zdravljenje porodne bolečine je za pozitivno porodno izkušnjo pomembno, a je v veliki meri odvisno tudi od psihične pripravljenosti porodnice

na porod. V tem pogledu so bile nekatere bolj pripravljene kot druge. V institucionalnem okolju so v ospredju predvsem farmakološke metode zdravljenja, z izstopajočo epiduralno analgezijo, ki je bila pri nekaterih dobro sprejeta, pri drugih manj. Med nefarmakološkimi metodami opazamo masažo, sedenje na žogi, tuširanje in pravilno tehniko dihanja, medtem ko je raba drugih učinkovitih metod / tehnik (npr. zaradi kontinuiranega CTG – priklop elektrod s kabli) omejena.

Prvič sem rodila z epiduralno. Prvič je nisem hotela, potem pa, ko sem bila v porodni sobi sama, je bilo drugače, kot sem si predstavljala. Na koncu sem bila zelo utrujena in sem mislila, da ne bi šlo brez nje. Po porodu pa so bile še migrene. V drugi nosečnosti sem se že doma odločila, da bo šlo brez. Drugič, ko sem bila, mi je babica dala žogo, da sem bila skoraj do konca na njej. Moža je navadila, kako me mora masirati. Poleg žoge sem lahko mirne duše menjala položaj. Ajda_VN550047

Nekaj sodelujočih je v svojih pripovedih omenilo prepričanje, da med porodom niso dobile ustreznega protibolečinskega zdravljenja, zaradi česar je spomin na porod negativen.

Bolečina je grozna, nič me še ni tako bolelo kot to. Proti bolečinam nisem nič dobila. Niso mi dali. So rekli, da bom že zdržala, da bo verjetno hitro. Potem sem prosila, pa je bilo že prepozno. Ni niti delovalo, ker me je močno bolelo. Ana_VN550070

Dve izmed sodelujočih, ki sta rodili s pomočjo carskega reza, sta omenili tudi porodno prakso, ki je spremljala predoperativno pripravo na carski rez: vstavev stalnega urinskega katetra pred anestezijo. Klementina ga je sprejela kot del utečenih procedur predpriprave na operativni poseg in se je postopku povsem prepustila, medtem ko ga je Zala doživela kot neprijeten postopek (obe sta rodili v isti porodnišnici).

Vstavijo ti tudi urinski kateter. Po posegu imaš še en dan kateter. S tem ni nobenega problema. Kar mora biti, pač mora biti, jaz ne kompliciram. Kar imaš za narediti, pa naredi. Klementina_VN550063

Vagina me je zelo pekla (smeh). Šlo mi je prav na jok. Opozorile so me (op. babice), da dajo kateter tik prej, saj je zelo boleče in zoprno. Hodila sem 'kot po jajcih' sem ter tja s tistim katetrom v operacijsko. Zala_VN550066

Ob omembi takšne prakse se postavljata dve vprašanji: zakaj je tako in zakaj vstavev urinskega katetra ni mogoča neposredno pred operativnim posegom oziroma po uvajanju anestezije, s čimer bi bila ženski prihranjena bolečina ob uvajanju in po njem. Zaradi nezadostnih podatkov ni mogoče objektivno sklepati, lahko pa domnevamo, da gre za del tradicije in priročnosti.

Diskusija

Rezultati, pridobljeni ob obravnavi opisanih treh tem, razkrivajo tako izkušnje in spomine žensk, ki

so rodile v institucionalnem okolju, kot okoliščine in umeščenost rojevanja danes. Pri oblikovanju pozitivne porodne izkušnje je ključna podpora zdravstvenega osebja. Rezultati so pokazali, da je podpora zdravstvenega osebja še posebej pomembna ob prvem porodu, ko je doživljanje v primerjavi z naslednjimi porodi najizrazitejše. Intervjuvanke, ki so bile s podporo zdravstvenega osebja, predvsem babic, s katerimi so največ v stiku, nezadovoljne, omenjajo njihovo nezadostno navzočnost ob porodu in posledično neustrezno vzpostavljen medosebni odnos. Nekatere težave skušajo opravičiti s preobremenjenostjo zdravstvenega osebja, medtem ko druge menijo, da bi morala vsaka ženska imeti svojo babico. S tem se na neki način želijo približati modelu kontinuirane babiške oskrbe. Skubic in sodelavke (2014) ugotavljajo, da se je pogled na nosečnost, porod in poporodno obdobje v zadnjih letih spremenil kljub dejstvu, da sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji tega modela ne podpira. Ženske se vse bolj zavedajo, da imajo pravico do izbire načina poroda, vse bolj jasno izražajo nezadovoljstvo z uveljavljenim modelom skrbi in si želijo kontinuirane babiške oskrbe, kar za slovenski prostor ugotavljata tudi Njenjič in Skela-Savič (2011). Tako bi se kakovost medosebnih odnosov pomembno izboljšala, kar je za proces rojevanja osrednjega pomena (Aune, et al., 2012; Dove & Muir-Cochrane, 2014).

Avtonomija odločanja in nezadostno informiranje se kaže kot pomembni prihodnji nalogi zdravstvenih delavcev. Nezadostno informiranje in s tem povezano informirano soglasje sta povezana z organizacijsko kulturo institucije (Behruzi, et al., 2013) in dejstvom, da ženskam niso enako dostopne vse možnosti poroda, niti niso vse odločitve spoznane kot enako odgovorne ali pomembne (Malacrida & Boulton, 2012; Malacrida & Boulton, 2014). Poleg tega ženske sprejemajo odločitve, če so jim omogočeni pogoji zanje, v kompleksni kulturi diskurzov o porodu, ki jo označujejo konkurenčna vedenja in zahteve po »idealnem porodu«. Na eni strani se soočamo s tradicionalnimi medicinskimi pogledi, ki poudarjajo prednosti medikalizacije, tehnologije in menedžmenta tveganja, na drugi strani pa z naravnim ali alternativnim porodom oziroma tezo, da medikalizacija poroda ženskam odvzema nadzor in opolnomočenje ter ju polaga v roke porodničarjev (Malacrida & Boulton, 2012).

Mnoge sodelujoče, ki so rodile s carskim rezom, so slednjega jasno prepoznale kot način rojevanja, ki bi moral biti na razpolago. Vidno je tudi ponotranjenje te želje v povezavi z zunanjimi dejavniki (vpliv drugih porodnih zgodb, medijskih podob, strahu itd.), saj manjši del vprašanih že ob postavljeni medicinski diagnozi v nosečnosti (npr. medenični vstavi) ne razmišlja o drugačnem načinu rojevanja kot o carskem rezu. Ob tem zaradi želje po večji varnosti in predvidenih izidih poroda pogosto ponotranjijo

odločitev za carski rez, ki jo predlaga medicinska avtoriteta; zdi se, da gre za edino možnost, ki prinaša želeni izid. K temu stopnjevanju medikalizacije seveda prispeva tudi dejstvo, da živimo v družbi tveganja. V porodništvu pa tveganja niso bila zgolj dejstva, ki so opredeljevala stopnjo nevarnosti, temveč so postala tudi del izidov poroda, za katere so bile ženske vse bolj odgovorne. Če se porodnice zavedajo tveganj, je treba posledično sprejeti in upoštevati vse ukrepe za njihovo preprečitev (Hammer & Burton-Jeangros, 2013).

Sodelujoče, ki so rodile s carskim rezom, so problematizirale nekatere spremljajoče porodne prakse (npr. urinsko katetrizacijo pred analgezijo). Mnogo bolj pa jih je zmotila praksa, ki onemogoča ustrezno navezovanje s sorojencem po porodu in dojenje, s katerim se vez dodatno utrjuje. Nekatere zaradi carskega reza niso videle otroka tudi več ur po porodu, kar lahko kratkoročno negativno vpliva na odnos z otrokom ali uspešnost laktacije (Bystrova, et al., 2010; Zanardo, et al., 2013).

Med omenjenimi porodnimi praksami so najbolj izpostavljene svoboda gibanja, klistir in britje ter uživanje hrane in pijače. Možnost gibanja je po pripovedi večine bila omejena bodisi zaradi postavljene medicinske diagnoze in s tem povezanih doktrin ravnanja bodisi zaradi uporabljenih aparatov (kontinuirano spremljanje s CTG) ali drugih izvajanih medicinskotehničnih posegov. Razvidno je tudi, da so nekatere prakse tradicionalno prisotne. Zlasti klistir je v očeh sodelujočih prepoznan kot higienska nujnost oziroma način obvarovanja pred iztrebljanjem v pričo tujcev in partnerja. Do uživanja hrane in pijače med porodom porodnice nimajo posebnega odnosa (npr. da bi želele jesti), medtem ko je pitje v nekaterih primerih prepovedano (malo vode po požirkih). Strmec in Hajtnik (2015) v raziskavi, opravljeni v slovenskih porodnišnicah (11 od 14), ugotavljata, da dve porodnišnici omogočata uživanje hrane (ena porodnišnica majhne prigrizke, druga nima omejitev), ena pa ne dovoli uživanja tekočine. Šest jih dovoli uživanje tekočine po požirkih, štiri glede količine ne poznajo omejitev. V treh porodnišnicah lahko ženska, ki rodi s carskim rezom, prvič zaužije hrano po 24 urah, v sedmih vsaj po šestih urah in v eni vsaj po treh urah. Maharaj (2009) v pregledu literature zaključuje, da obstajajo dokazi, ki govorijo v prid pitju tekočin med porodom, medtem ko ni dovolj dokazov, da bi z veliko zanesljivostjo odpravili prepoved uživanja hrane.

Vaginalni pregled kot medicinskotehnični poseg je pri intervjuvankah vzbudil malo pozornosti, podobno kot klistir ali britje. Tiste, ki ga izpostavljajo, menijo, da je doživljanje pregleda odvisno od izvajalca/-ke in njegovega / njenega pristopa. Raziskave (Shepherd & Cheyne, 2013) sicer kažejo, da je pogostnost vaginalnih pregledov višja od števila priporočenih, vendar to ne vpliva na zaznavanje nudene oskrbe. Medicinskotehnični poseg, kot je na primer CTG, se porodnicam ni zdel moteč, vendar se je izkazalo, da je

prav CTG eden od dejavnikov, ki onemogoča svobodno gibanje. Že od leta 2000 opazujemo trend zmanjševanja epiziotomije, ki je močno povezana z negativnim doživljanjem, pri čemer se prepletajo strah, bolečina in pomanjkanje avtonomije. Nefarmakološke metode lajšanja porodne bolečine, bodisi kot dopolnitev farmakološkim bodisi v samostojni rabi, so redke; možnosti zanje se razlikujejo glede na posamezne porodnišnice (Vodušek Fabjan & Kavšek, 2013).

Sekundarna analiza kvalitativnih podatkov ima lahko poleg praktičnih prednosti tudi svoje omejitve, ki se jih je poskušalo zmanjševati že pred pričetkom same analize oziroma upoštevati pri odločanju o uporabi primarnih podatkov. Med njimi izpostavljamo čas, ki je pretekel od primarne raziskave, ter kontekst časa, v katerem so bili podatki zbrani, kar lahko vpliva na interpretacijo. Podobno velja tudi za vključitev raziskovalca v zbiranje primarnih podatkov. Refleksijo med raziskovalcem, sodelujočimi in okoljem je nemogoče poustvariti, ko proučujemo že pridobljene podatke (Tate & Happ, 2018), a povečini v sekundarni analizi kvalitativnih podatkov sodelujejo primarni raziskovalci (Ruggiano & Perry, 2017). Vprašanje omejitev, ki ga pogosto izpostavljajo ob tovrstni metodi, je tudi vprašanje etičnosti in rabe podatkov za drugačne namene od tistih, s katerimi so se strinjali sodelujoči v primarni raziskavi. Obravnavana raziskava v kontekstu sledi primarni raziskavi, vendar se v svojem proučevanju osredotoča le na čas poroda. Pri izvedbi in rokovanju s podatki so bile upoštevane etične smernice in varstvo podatkov (Yin, 2011; Polit & Tatano Beck, 2014) na enak način, kot če bi izvajali primarno raziskavo.

Tematsko je treba v prihodnje raziskovanje vključiti posamezne porodne prakse ter indikatorje stopnje medikalizacije poroda. Pomembno je podrobno proučiti tudi perspektivno zdravstvenih delavcev, vključenih v obporodno skrb, vprašanja profesionalizacije (npr. babištva in vloge babic v odnosu do medicine) ter možnosti vpeljave že predlaganih organizacijskih sprememb v klinično prakso.

Zaključek

Pogledi žensk na porod in porodne prakse so odraz dela zdravstvenih delavcev, družbenih gibanj, medijsko ustvarjenih podob materinstva, ožje socialne mreže in še bi lahko naštevali. Nedvomno je porod družbeno močno zaznamovano dejanje. Razvidno je dejstvo, da živimo v družbi tveganja, kjer je medikalizacija prepoznana kot varno območje za mater in otroka. Vsekakor drži, da medikalizacije ne smemo opredeljevati *a priori* negativno ter jo opisovati kot bolezen in prekletstvo sodobne družbe. Za marsikatero žensko, par ali družino dandanes rojstvo novega življenja brez medikalizacije ne bi bilo mogoče. Nanjo zato ne smemo gledati samo negativno, hkrati pa tudi ne samo pozitivno. V tem kontekstu

tudi proučevanje zgolj porodnih zgodb z negativno izkušnjo ni zadostno, saj odraža le eno plat zgodbe. Če želimo zares razumeti okoliščine poroda in porodne prakse v neki družbi v nekem času, moramo preučiti tako porodne zgodbe žensk s pozitivno kot tudi tistih z negativno porodno izkušnjo.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

Raziskava (sekundarna analiza podatkov) ni bila finančno podprta. / The study (secondary data analysis) received no funding.

Etika raziskovanja / Ethical approval

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

Prispevek avtorjev / Author contributions

Avtor je sam zasnoval in izvedel raziskavo ter pripravil članek za objavo. / The author alone conceptualised and performed the study and prepared article for publishing.

Literatura

- Aune, I., Dahlberg, M.U. & Ingebrigtsen, O., 2012. Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*, 28(4), pp. 432–438. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.006> PMID:21764190
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W. & Misago, C., 2013. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, pp. 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-205> PMID:24215446; PMCID:PMC3835545
- Bezenšek, J. & Barle, A., 2007. *Poglavja iz sociologije medicine*. Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta: Maribor.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.S., Ransjö-Arvidson, A.B., Mukhamedrakhimov, R., et al., 2010. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction 1 year later. *Obstetric Anesthesia Digest*, 30(2), pp. 116–117. <https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000370536.74543.e3>
- Christiaens, W. & Van Teijlingen, E., 2009. Four meanings of medicalization: childbirth as a case study. *Salute e societa*, 8(2), pp. 123–142.
- Conrad, P., 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), pp. 209–232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>
- Conrad, P., 2005. The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), pp. 3–14.
- Conrad, P., 2007. *The Medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. The Johns Hopkins University Press: Baltimore.
- Conrad, P. & Barker, K.K., 2010. The Social construction of illness: key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl 1), pp. S67–S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495> PMID:20943584
- Correia, T., 2017. Revisiting medicalization: a critique of the assumptions of what counts as medical knowledge. *Frontiers in Sociology*, 2(14). Available at: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsoc.2017.00014> [14. 11. 2018].
- Davis, J., 2006. How medicalization lost its way. *Society*, 43(6), pp. 51–56. <https://doi.org/10.1007/BF02698486>
- Davis, J.E., 2010. Medicalization, social control, and the relief of suffering. In: W.C. Cockerham, ed. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Malden: Wiley-Blackwell, pp. 211–241. PMID:20679093; PMCID:PMC3002238
- Dove, S. & Muir-Cochrane, E., 2014. Being safe practitioners and safe mothers: a critical ethnography of continuity of care midwifery in Australia. *Midwifery*, 30(10), pp. 1063–1072. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.016> PMID:24462189
- Hammer, R.P. & Burton-Jeangros, C., 2013. Tensions around risks in pregnancy: a typology of women's experiences of surveillance medicine. *Social Science Medicine*, 93, pp. 55–63. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.033> PMID:23906121
- Healy, S., Humphreys, E. & Kennedy, C., 2017. A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. *Women and Birth*, 30(5), pp. 367–375. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.005> PMID:28279637
- Hislop, J. & Arber, S., 2003. Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthicization. *Sociology of Health & Illness*, 25(7), pp. 815–837. <https://doi.org/10.1046/j.1467-9566.2003.00371.x> PMID:19774748

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.

Long-Suthehall, T., Sque, M. & Addington-Hall, J., 2010. Secondary analysis of qualitative data: a valuable method for exploring sensitive issues with an elusive population. *Journal of Research in Nursing*, 16(4), pp. 335–344.
<https://doi.org/10.1177/1744987110381553>

Lupton, D., 2003. *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*. Sage: London.

Maharaj, D., 2009. Eating and drinking in labor: should it be allowed. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 146(1), pp. 3–7.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.04.019>
PMid:19428169

Malacrida, C. & Boulton, T., 2012. Women's Perceptions of Childbirth "Choices": competing discourses of motherhood, sexuality, and selflessness. *Gender & Society*, 26(5), pp. 748–772.
<https://doi.org/10.1177/0891243212452630>

Malacrida, C. & Boulton, T., 2014. The best laid plans: women's choices, expectations and experiences in childbirth. *Health*, 18(1), pp. 41–59.
<https://doi.org/10.1177/1363459313476964>
PMid:23426792

Maturo, A., 2012. Medicalization: current concept and future directions in a Bionic Society. *Mens Sana Monographs*, 10(1), pp. 122–133.
<https://doi.org/10.4103/0973-1229.91587>
PMid:22654387; PMCID:PMC3353591

Njenjić, G. & Skela-Savič, B., 2011. Koncept kontinuirane babiške skrbi: percepcija in vedenje nosečnic. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(2), pp. 83–91. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2815> [5. 1. 2019].

Polit, D.F. & Tatano Beck, C., 2014. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Prosen, M., 2014. Vpetost zdravja žensk v kolesje medikalizacije. In: T. Štemberger Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik & M. Bulič, eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravstvu: zbornik prispevkov z recenzijo. Druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31.1.2014*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 93–100.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.018>

Prosen, M., 2016. *Medikalizacija nosečnosti in poroda kot družbena konstrukcija: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

Prosen, M. & Tavčar Kranjc, M., 2013. Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: the implications in Slovenia. *Revija za sociologiju*, 43(3), pp. 251–272.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.018>

Prosen, M. & Tavčar Kranjc, M., 2018. Perspectives and experiences of healthcare professionals regarding the medicalisation of pregnancy and childbirth. *Women and Birth*, 32(2), pp. e173–e181.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.018>

Riegel, B. & Dickson, V.V., 2016. A qualitative secondary data analysis of intentional and unintentional medication nonadherence in adults with chronic heart failure. *Heart & Lung*, 45(6), pp. 468–474.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.08.003>
PMid:27595910

Riessman, C.K., 1983. Women and medicalization: a new perspective. *Social Policy*, 14(1), pp. 3–18.
PMid:10264493

Ruggiano, N. & Perry, T.E., 2017. Conducting secondary analysis of qualitative data: should we, can we, and how. *Qualitative Social Work*. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1473325017700701> [12. 11. 2018].

Shepherd, A. & Cheyne, H., 2013. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women and Birth*, 26(1), pp. 49–54.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.02.001>
PMid:22397830

Skubic, M., Petročnik, P., Mivšek, A.P., Jug Došler, A., Stanek Zidarič, T. & Škodič Zakšek, T., 2014. Kontinuirana babiška obravnava: prihodnost za zdravje žensk in njihovih družin. In: T. Štemberger Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik & M. Bulič, eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravstvu: zbornik prispevkov z recenzijo. Druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31.1.2014*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 107–111.

Stanek Zidarič, T., Mivšek, A.P., Skubic, M. & Zakšek, T., 2011. Kontinuirana babiška skrb: predstavitev projekta Oddelka za babištvo Zdravstvene fakultete Ljubljana in Mestne občine Ljubljana. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(5), pp. 141–145. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2826> [5. 7. 2018].

Strmec, B. & Hajtnik, K., 2015. Hranjenje in pitje med porodom: pregled priporočil in stanja v Sloveniji. In: S. Majcen Dvoršak, T. Štemberger Kolnik & D. Klemenc, eds. *Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: zbornik prispevkov z recenzijo, 10. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 11. in 12. maj 2015*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana, pp. 446–456.

- Tate, J.A. & Happ, M.B., 2018. Qualitative secondary analysis: a case exemplar. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(3), pp. 308–312.
<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.09.007>
PMid:29254902
- Vodušek Fabjan, V. & Kavšek, G., 2013. Delivery. In: I. Verdenik, Ž. Antolič Novak & J. Zupan, eds. *Perinatologia Slovenica II: pregled slovenskih perinatalnih rezultatov za obdobje 2002-11*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD, Klinični oddelek za perinatologijo, pp. 59–71.
- White, K., 2009. *An introduction to the sociology of health and illness*. Sage: London.
- Williams, S.J., Gabe, J. & Davis, P., 2008. The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), pp. 813–824.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01123.x>
PMid:18761505
- 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].
- Wray, S. & Deery, R., 2008. The Medicalization of Body size and women's healthcare. *Health Care for Women International*, 29(3), pp. 227–243.
<https://doi.org/10.1080/07399330701738291>
PMid:18350426
- Yin, R.K., 2011. *Qualitative research from start to finish*. The Guilford Press: New York.
- Zanardo, V., Canella, A., Maone, R. & Straface, G., 2013. Bonding and breastfeeding after a cesarean delivery. *Early Human Development*, 89(Suppl 4), pp. S56–S57.
[https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(13\)70100-2](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(13)70100-2)

Citirajte kot / Cite as:

Prosen, M., 2019. Vpliv porodnih praks na porodno izkušnjo v institucionalni oskrbi: sekundarna analiza kvalitativnih podatkov. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), 288–299. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.4.2956>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Odnos diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na primarni in terciarni ravni, do raziskovanja v zdravstveni negi

Attitudes of registered nurses employed in primary and tertiary health care towards research in nursing

Filip Krajnc, Saša Kadivec

Ključne besede: z dokazi podprta praksa; znanstvenoraziskovalno delo; izobraževanje; ovire

Key words: evidence-based practice; scientific research work; education; obstacles

Filip Krajnc, dipl. zn.

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

doc. dr. Saša Kadivec, prof.
zdr. vzg.; Univerzitetna klinika
za pljučne bolezni in alergijo
Golnik, Golnik 36, 4204
Golnik, Slovenija, in Fakulteta
za zdravstvo Angele Boškin,
Spodnji plavž 3, 4270 Jesenice,
Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Zdravstvena nega je znanstvena disciplina, zato morajo diplomirane medicinske sestre v prihodnosti z raziskovalnim delom slediti znanstvenoraziskovalnemu razvoju. Namen raziskave je bil ugotoviti odnos diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja, s katerimi ovirami se srečujejo pri tem in v kolikšni meri se odločajo za raziskovalno delo.

Metode: Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna metoda raziskovanja. Raziskava je bila izvedena s pomočjo strukturiranega vprašalnika med 110 diplomiranimi medicinskimi sestrami v zdravstveni dejavnosti na primarni in terciarni ravni. Zanesljivost vprašalnika je bila preverjena s koeficientom Cronbach alfa (Cronbach $\alpha = 0,72$). Raziskava je bila izvedena v maju in juniju 2018. Uporabljeni sta bili opisna statistika in bivariatna analiza z Mann-Whitneyevim in Kruskal Wallisovim testom.

Rezultati: Diplomirane medicinske sestre se v večini strinjajo ($\bar{x} = 4,23$, $s = 0,895$), kako pomembno je, da zdravstvena nega temelji na dokazih. Oviro pri raziskovanju jim predstavljata znanje ($\bar{x} = 3,39$, $s = 1,000$) in pomanjkanje časa ($\bar{x} = 3,76$, $s = 0,877$). Diplomirane medicinske sestre v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni so raziskovanju bolj naklonjene ($\bar{x} = 4,16$) kot tiste na primarni ravni ($\bar{x} = 3,79$, $U = 1102,00$, $p = 0,008$).

Diskusija in zaključek: Diplomirane medicinske sestre se strinjajo, da je z dokazi podprta praksa v zdravstveni negi nujna. V raziskovanje se ne vključujejo zaradi pomanjkanja znanja, časa in pomanjkanja podpore sodelavcev. Za dvig ravni raziskovanja med medicinskimi sestrami je treba prenesti rezultate raziskav v prakso, izboljšati znanje medicinskih sester tako na področju raziskovanja kot uporabe pridobljenih rezultatov v praksi.

ABSTRACT

Introduction: Since nursing is a scientific discipline, registered nurses should conduct research that follows developments in scientific research. The aim of the study was to establish the attitudes of nurses towards research, identify the challenges they face and determine to what extent they participate in scientific research.

Methods: A quantitative, non-experimental research method was employed. The study was conducted using a structured questionnaire, which was distributed among 110 registered nurses working in primary and tertiary health care. The reliability of the research was checked with Cronbach's alpha coefficient (Cronbach $\alpha = 0,72$). The study was conducted in May and June 2018. Descriptive statistics were used. Bivariate analysis was performed with Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests.

Results: Nurses mainly agree ($\bar{x} = 4,23$, $s = 0,895$) that it is highly important for nursing to be evidence-based. They consider their lack of knowledge ($\bar{x} = 3,39$, $s = 1,000$) and lack of time ($\bar{x} = 3,76$, $s = 0,877$) as obstacles to conducting research. Registered nurses in tertiary health care tend to favor research more ($\bar{x} = 4,16$) compared to nurses employed in primary health care ($\bar{x} = 3,79$, $U = 1102,00$, $p = 0,008$).

Discussion and conclusion: Registered nurses agree that evidence-based practice is necessary in nursing. Nurses do not participate in research due to their lack of knowledge, time and support from their colleagues. In order to encourage participation in research activities among nurses, research results should be applied to practice and the knowledge of nurses related to research and the implementation of research in practice should be increased.

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Filipa Krajnc
*Odnos medicinskih sester do
raziskovanja v zdravstveni negi*
(2019).

Prejeto / Received: 16. 3. 2019
Sprejeto / Accepted: 28. 10. 2019

Uvod

Zdravstvena nega je znanstvena disciplina, zato bo v prihodnje moralo delo medicinskih sester vedno bolj temeljiti na dokazih (Strojan, et al., 2012). Praksa, temelječa na dokazih, je del kakovostne zdravstvene obravnave. Medicinske sestre je treba opremiti z znanjem, da lahko razumejo, zakaj je smiselno delo načrtovati na podlagi dokazov (Ryan, 2016). Raziskovanje v zdravstveni negi je izraz, uporabljen za opisovanje dokazov, ki so nujno potrebni za podporo prakse zdravstvene nege (Maze & Plank, 2012). Polit in Beck (2008) opredeljujeta raziskovanje kot sistematično poizvedovanje, pri čemer se uporabljajo raziskovalne metode, ki omogočajo poiskati odgovore na zastavljena vprašanja. Sistematičen razvoj z dokazi podprte prakse bo doprinesel h kakovosti vseh zdravstvenih storitev in posledično tudi k dvigu kakovosti v zdravstvu (Skela-Savič, 2010). Zdravstveno nego moramo namreč v prihodnje vedno bolj razvijati v profesijo in se iz raziskovanja samega sebe usmeriti v raziskovanje in izboljševanje prakse zdravstvene nege. Nenehno strmenje k profesionalizaciji stroke je nujno potrebno, da zdravstvena nega ne bo postala obrobna in podporna služba zdravstvenega sistema. Zato je treba poudariti raziskovanje v zdravstveni negi in stroko uveljavljati kot profesijo ter tako ostati ugledna znanstvena disciplina (Skela-Savič, 2017). Raziskovalno delo v zdravstveni negi se je od časov Florence Nightingale do danes nenehno spreminjalo. Danes so za učinkovit razvoj prakse zdravstvene nege potrebne raziskave, ki so usmerjene tako v profesijo zdravstvene nege kot tudi v paciente in njim prilagojeno zdravstveno nego, kar vodi v prakso, temelječo na dokazih (Skela-Savič, 2009).

Na raziskovanje medicinskih sester v zdravstveni negi vplivajo številni dejavniki. Eden pomembnejših je prav gotovo odnos medicinskih sester do raziskovanja. S pozitivnim odnosom do raziskovanja se raziskovalno delo v kliničnem okolju uspešno razvija. Raziskave (McCloskey, 2008; Akerjordet, et al., 2012; Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2014; Hvalič Touzery, et al., 2017) kažejo, da se je v zadnjih letih odnos do prakse, podprte z dokazi, izboljšal. Isti avtorji poleg tega ugotavljajo dejavnike, ki vplivajo na odnos medicinskih sester do raziskovanja. Trako in Skela-Savič (2015) jih delita na tiste, ki raziskovanje spodbujajo, in tiste, ki ga zavirajo. Ko govorimo o dejavnikih, ki zavirajo raziskovanje, največkrat mislimo na ovire, s katerimi se srečujejo medicinske sestre pri raziskovanju. Najpogostejše ovire so pomanjkanje časa, znanja, delovna obremenjenost, nepoznavanje metodologije raziskovanja, pomanjkanje kompetenc, nepoznavanje angleškega jezika in statistične obdelave podatkov (Akerjordet, et al., 2012; Strojan, et al., 2012; Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2014; Bole & Skela-Savič, 2017). Zaradi vse večjega pomena raziskovanja in uporabe rezultatov raziskav v praksi moramo v

prihodnje spodbujati dejavnike, ki povečajo pozitiven odnos medicinskih sester do raziskovanja (Skela-Savič, et al., 2015). Zadovoljstvo z delom, pozitivna samoocena znanja o raziskovanju, vključenost v raziskovanje in podpora sodelavcev ter managementa so tisti dejavniki, ki jih avtorji izpostavljajo kot vodilne za povečanje raziskovanja v zdravstveni negi ter izboljšanje odnosa do prakse, podprte z dokazi (Melnyk, et al., 2008; Skela-Savič, et al., 2015; Bole & Skela-Savič, 2017; Hvalič Touzery, et al., 2017).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti stališča diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na primarni in terciarni ravni, do raziskovanja in prakse, ki temelji na dokazih. Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen odnos imajo diplomirane medicinske sestre do raziskovanja v zdravstveni negi?
- Kateri dejavniki so pomembni za razvijanje odnosa diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi?
- S katerimi ovirami se srečujejo diplomirane medicinske sestre pri raziskovanju?
- V kakšnem obsegu demografski podatki (starost, delovno mesto in delovna doba) vplivajo na odnos diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi?

Metode

Opravljen je bila kvantitativna raziskava, ki je temeljila na neeksperimentalni metodi raziskovanja.

Opis instrumenta

V kvantitativni raziskavi smo za raziskovalni instrument uporabili vprašalnik, sestavljen iz Likertove lestvice stališč in vprašanj zaprtega tipa. Vprašalnik je bil oblikovan za namen raziskave na osnovi pregleda literature in že izvedenih raziskav s tega področja (McCloskey, 2008; Akerjordet, et al., 2012; Strojan, et al., 2012; Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2014; Björkström, et al., 2014).

Vprašalnik je v prvem delu vseboval vprašanja o demografskih značilnostih, kot so spol, starost, stopnja izobrazbe, delovno mesto in leta delovnih izkušenj. V drugem delu vprašalnika smo z Likertovo lestvico stališč ocenjevali stopnjo strinjanja s trditvami o odnosu medicinskih sester do raziskovanja (1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – zelo se strinjam). Zanesljivost vprašalnika je bila za trditve preverjena na podlagi izračuna koeficienta Cronbach alfa. Cenčič (2009) navaja, da je zanesljivost vprašalnika boljša, ko je Cronbach koeficient alfa bližje vrednosti števila 1. Vrednost Cronbach koeficient

alfa je za vse trditve znašala 0,72, kar pomeni, da je instrument primerno zanesljiv.

Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli na namenskem vzorcu diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v dveh različnih ustanovah. V prvi ustanovi smo anketirali diplomirane medicinske sestre, zaposlene v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni, in sicer v patronažnem varstvu; v drugi ustanovi, ki spada med terciarne zdravstvene dejavnosti, pa vse tam zaposlene diplomirane medicinske sestre. V raziskavo smo tako vključili 60 diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v kliniki terciarne zdravstvene dejavnosti, in 60 diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstvenem domu v patronažnem varstvu. V analizo smo vključili vseh 110 vrnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 91,6 % odzivnost. V vzorcu je bilo 103 (93,64 %) žensk in 7 (6,36 %) moških. Izmed vseh anketirancev jih je 53 (48,18 %) zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni in 57 (51,82 %) v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni. Vključenih je bilo 5 (4,55 %) magistrstov oziroma magistric zdravstvene nege. Anketiranci so stari od 22 do 62 let, njihova povprečna starost je 40,93 leta, imajo pa od enega do 40 let delovnih izkušenj v zdravstveni negi. V povprečju so v zdravstveni negi zaposleni 18,04 leta.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po oblikovanju vprašalnika o odnosu medicinskih sester do raziskovanja in prakse, podprte z dokazi, smo pridobili soglasje kolegijev služb zdravstvene nege in oskrbe v ustanovah, kjer smo izvedli raziskavo v maju in juniju 2018. Vprašalnike smo razdelili vsem diplomiranim medicinskim sestram, ki niso bile odsotne zaradi bolezni, porodniškega dopusta ali drugega razloga. Vsem anketirancem sta bili poleg predstavljenega namena raziskave zagotovljeni anonimnost in prostovoljnost sodelovanja.

Za statistično analizo obdelave podatkov smo uporabili programa Microsoft Excel 2013 in SPSS,

verzija 24.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Najprej smo naredili opisno statistiko, s katero smo ugotavljali frekvence, odstotke, povprečne vrednosti (\bar{x}), standardni odklon (s), minimum (Min) in maksimum ($Maks$). Rezultate opisne statistike smo v nadaljevanju uporabili pri bivariatni statistični analizi. S pomočjo statističnih testov smo ugotavljali statistično pomembno razliko. S pomočjo bivariatne analize smo proučevali statistično pomemben vpliv starosti, let delovnih izkušenj in delovne dobe na odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. Za nadaljnjo statistično analizo smo uporabili Mann-Whitneyev test in Kruskal Wallisov test. Pri rezultatih smo upoštevali statistično pomembnost pri $p < 0,05$.

Rezultati

Diplomirane medicinske sestre, zaposlene v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni, so v raziskovanje vključene pogosteje. Medicinskih sester, ki so zaposlene v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni in so sodelovale v eni do treh raziskavah, je 26 (45,73 %). 23 (43,42 %) medicinskih sester, zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni, sploh še ni sodelovalo v raziskavah. Tudi medicinskih sester, ki so sodelovale v več kot osmih raziskavah, je več v zdravstveni dejavnosti na terciarni (11, 19,28 %) kot na primarni ravni – slednje so le 4 (7,47 %) (Tabela 1).

Tabela 2 prikazuje odnos medicinskih sester do raziskovanja in prakse, podprte z dokazi. Poleg tega pokaže dejavnike, ki vplivajo na njihov odnos do raziskovanja, in ovire, s katerimi se soočajo. V večini se anketirane medicinske sestre strinjajo, da je zelo pomembno, da zdravstvena nega temelji na znanstvenih dokazih ($\bar{x} = 4,23$, $s = 0,90$), in da delo, ki ga izvajajo, temelji na dokazih ($\bar{x} = 4,15$, $s = 0,75$). S trditvijo, da je o zdravstveni negi že preveč napisanega, se ne strinjajo ($\bar{x} = 2,28$, $s = 1,03$).

Iz stopnje strinjanja s trditvami lahko razberemo dejavnike, ki vplivajo na raziskovanje medicinskih sester. Diplomirane medicinske sestre se strinjajo, da so odnos do raziskovanja zgradile v času izobraževanja, ko so njihovi profesorji poudarjali raziskovalno delo

Tabela 1: Vključenost diplomiranih medicinskih sester v raziskave glede na raven zdravstvene dejavnosti
Table 1: Participation of registered nurses in research according to the type of health care service

V koliko raziskav oziroma raziskovalnih projektov v zdravstveni negi ste bili do sedaj vključeni? / In how many research studies or research projects in nursing care have you been involved?	n (%)	V raziskavah še nisem sodeloval/a / I have never participated in research		
		1-3	4-8	> 8
Primarna zdravstvena dejavnost	23 (43,42)	21 (39,62)	5 (9,49)	4 (7,47)
Terciarna zdravstvena dejavnost	10 (17,50)	26 (45,73)	10 (17,49)	11 (19,28)
Skupaj	33 (30,00)	47 (42,80)	15 (13,60)	15 (13,60)

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

($\bar{x} = 3,66$, $s = 0,87$). Vodstvo ustanov diplomirane medicinske sestre pri raziskovanju podpira ($\bar{x} = 3,74$, $s = 0,90$), o odnosu sodelavcev do raziskovanja pa niso opredeljene ($\bar{x} = 2,89$, $s = 0,85$). Za pomembno oviro pri raziskovanju anketirane diplomirane medicinske sestre izpostavljajo znanje o raziskovalnem delu,

saj se s trditvijo, da imajo dovolj znanja in raziskav ne potrebujejo, ne strinjajo ($\bar{x} = 2,40$, $s = 1,02$). V raziskovalno delo bi se namreč vključevale, če bi imele več znanja ($\bar{x} = 3,39$, $s = 0,99$) in časa ($\bar{x} = 3,76$, $s = 0,88$). Diplomirane medicinske sestre izpostavljajo, da oviro predstavlja omejeno znanje tujih jezikov, in se

Tabela 2: Odnos medicinskih sester do raziskovanja in dejavniki, ki vplivajo nanj

Table 2: The attitude of registered nurses towards research and factors that influence it

Trditev / Statement	n	\bar{x}	s	Min	Maks
Na področju zdravstvene nege je napisanega že preveč, saj je zadnje čase govora le o raziskavah.	110	2,28	1,03	1	5
Menim, da moje sodelovanje v raziskavah ne bi povečalo mojega znanja iz zdravstvene nege.	110	2,10	1,01	1	5
Zelo je pomembno, da zdravstvena nega temelji na znanstvenih dokazih.	110	4,23	0,90	1	5
Raziskovalno delo naj izvajajo medicinske sestre, ki ne delajo v kliničnem okolju.	110	2,04	1,23	1	5
Medicinske sestre smo dolžne prebirati strokovne in znanstvene članke.	110	4,35	0,82	1	5
Rad bi, da to, kar delam v praksi, tudi temelji na znanstvenih dokazih.	110	4,15	0,75	2	5
Na oddelku, kjer delam, bi morali več časa nameniti raziskovalnemu delu.	110	3,43	0,93	1	5
Moje delo v praksi sem na podlagi dokazov raziskav pripravljen spremeniti.	110	4,00	0,75	2	5
Rezultati raziskovalnega dela bi morali biti pogosteje predstavljeni na kliničnih oddelkih.	110	4,08	0,74	1	5
Na delovnem mestu se imam možnost aktivno vključiti v raziskovalno delo.	109	3,55	0,97	1	5
Večkrat berem strokovne revije in članke, da svoje znanje poglobljam.	110	3,77	0,89	1	5
Vodstvo me pri raziskovalnem delu podpira in ga spodbuja.	110	3,74	0,90	1	5
Moji predavatelji so večkrat poudarjali, da moramo po končanem izobraževanju prebirati znanstvene in strokovne članke, ki se nanašajo na zdravstveno nego.	110	3,72	0,90	1	5
Med izobraževanjem so moji predavatelji večkrat poudarjali, da mora klinična praksa temeljiti na dokazih.	110	3,77	0,95	1	5
Menim, da imajo sodelavci večinoma negativen odnos do raziskovanja.	110	2,89	0,85	1	5
Odnos do raziskovanja se zgradi v času izobraževanja, zato je v šolah raziskovalno delo treba bolj poudarjati.	110	3,66	0,87	1	5
Študenti zdravstvene nege morajo biti vir za spodbujanje raziskovanja na delovnem mestu.	110	3,55	0,85	1	5
Kot medicinska sestra imam dovolj znanja za kakovostno delo, zato raziskav ne potrebujem.	110	2,40	1,02	1	5
Na oddelku, kjer sem zaposlen, dela ne morem opravljati brez uporabe informacijske tehnologije.	110	3,97	1,00	1	5
Ne zdi se mi smiselno časa posvečati raziskovanju.	110	2,10	0,80	1	4
Če bi imel več časa, bi večkrat sodeloval v raziskavah.	110	3,76	0,88	1	5
Če bi imel več znanja s področja raziskovanja, bi večkrat sodeloval v raziskavah.	110	3,39	0,99	1	5
Ne raziskujem, ker imam omejeno znanje tujih jezikov.	110	3,55	1,12	1	4
Znam dostopati do spletnih podatkovnih baz, kot je npr. CINAHL.	109	3,41	1,22	1	5
Dobro poznam vsaj en program za statistično obdelavo podatkov.	110	2,95	1,19	1	5
Jezik v znanstvenih člankih je zame preveč zapleten.	110	2,64	1,10	1	5

Legenda / Legend: n – število / number; \bar{x} – povprečje / average; Min – minimum / minimum; Maks – maksimum / maximum; s – standardni odklon / standard deviation

strinjajo, da je to razlog nesodelovanja v raziskovanju ($\bar{x} = 3,55$, $s = 1,12$). V svoje znanje statistične obdelave podatkov niso prepričane ($\bar{x} = 2,95$, $s = 1,19$) (Tabela 2).

Tabela 3 prikazuje odnos medicinskih sester do raziskovanja glede na starost in delovno dobo, ki jo imajo v zdravstveni negi. Tu statistično pomembne razlike med posameznimi kategorijami nismo ugotovili, saj v nobeni trditvi p-vrednost ni manjša od 0,05, kar bi lahko predstavljalo statistično pomembno razliko.

Drugače je bilo pri opazovanju vpliva delovnega mesta na odnos do raziskovanja. Diplomirane medicinske sestre, zaposlene v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni, imajo pozitivnejši odnos do prakse, podprte z dokazi, saj je v večini primerov p-vrednost manjša kot 0,05 (Tabela 4). Diplomirane medicinske sestre, zaposlene v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni, se v večji meri ($\bar{x} = 4,53$) kot tiste v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni ($\bar{x} = 4,15$) strinjajo, da so kot diplomirane medicinske sestre dolžne prebirati strokovne in znanstvene članke ($U = 1128,00$, $p = 0,011$). Diplomirane medicinske sestre, zaposlene v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni, kažejo s trditvijo, da raziskave v zdravstveni negi nimajo smisla, ker moramo svoje delo bolj

posvetiti pacientom kot raziskavam ($U = 877,50$, $p < 0,001$), večje nestrinjanje ($\bar{x} = 1,81$) kot diplomirane medicinske sestre v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni ($\bar{x} = 2,57$). Tistim medicinskim sestram, ki so zaposlene v zdravstveni dejavnosti na primarni ravni, se raziskovalno delo zdi bolj dolgočasno ($\bar{x} = 2,58$) kot tistim v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni ($\bar{x} = 2,04$, $U = 1046,50$, $p = 0,003$) (Tabela 4).

Dejavniki, ki vpliva na odnos medicinskih sester do prakse, podprte z dokazi, je tudi vključenost v raziskave. Tiste diplomirane medicinske sestre, ki so bile vključene v več raziskav v zdravstveni negi, se v večji meri niso strinjale s trditvijo, da je raziskovanje nesmiselno ($\bar{x} = 1,87$), kot tiste, ki v raziskavah še niso sodelovale ($\bar{x} = 2,55$, $\chi^2 = 8,06$, $p = 0,045$). Diplomirane medicinske sestre, ki so sodelovale v več kot osmih raziskavah, z večjim povprečjem kot ostale ($\bar{x} = 4,6$, $\chi^2 = 18,82$, $p < 0,001$) kažejo strinjanje s trditvijo, da si želijo, da njihova praksa temelji na znanstvenih dokazih. Tiste diplomirane medicinske sestre, ki v raziskavah še niso sodelovale, kažejo manjše strinjanje ($\bar{x} = 3,79$, $\chi^2 = 18,82$, $p < 0,001$). Diplomirane medicinske sestre, ki so več sodelovale, so pripravljene svoje delo na podlagi dokazov spremeniti ($\bar{x} = 4,33$). Manjše strinjanje s tem pa kažejo medicinske sestre, ki

Tabela 3: Odnos do raziskovanja v zdravstveni negi glede na starost in delovno dobo.

Table 3: The attitude towards research in health care according to age and workplace

Trditev / Statement	Starost / Age (\bar{x})				Delovna doba / Years of Service			
	≤ 35	36–45	> 46	$\chi^{2(2)}(p) / \chi^{2(2)}(p)$	do 10 let (\bar{x}) / up to 10 years (\bar{x})	od 11 do 20 let (\bar{x}) / 10 to 20 years (\bar{x})	21 let in več (\bar{x}) / 21 and more years (\bar{x})	$\chi^{2(2)}(p) / \chi^{2(2)}(p)$
Na področju zdravstvene nege je napisanega že preveč, saj je zadnje čase govora le o raziskavah.	2,34	2,36	2,21	0,40 (0,82)	2,41	2,28	2,22	0,78 (0,68)
Raziskave v zdravstveni negi nimajo smisla, ker moramo svoje delo bolj posvetiti pacientom kot raziskavam.	2,14	2,21	2,23	0,31 (0,86)	2,21	2,10	2,22	0,32 (0,85)
Menim, da moje sodelovanje v raziskavah ne bi povečalo mojega znanja iz zdravstvene nege.	1,89	2,18	2,28	3,03 (0,22)	1,94	2,07	2,26	2,21 (0,33)
Zelo je pomembno, da zdravstvena nega temelji na znanstvenih dokazih.	4,23	4,21	4,18	0,03 (0,98)	4,18	4,10	4,33	1,15 (0,56)
Uporaba raziskovalnega dela v praksi ni uresničljiva.	2,11	2,39	2,21	0,54 (0,76)	2,21	2,45	2,15	0,65 (0,72)
Raziskovalno delo naj izvajajo medicinske sestre, ki ne delajo v kliničnem okolju.	2,00	2,12	2,08	0,130 (0,94)	2,09	2,03	2,02	0,12 (0,94)
Medicinske sestre smo dolžne prebirati strokovne in znanstvene članke.	4,31	4,36	4,36	0,85 (0,65)	4,24	4,41	4,37	1,21 (0,55)

Legenda / Legend: \bar{x} – povprečje / average; $\chi^{2(2)}$ – Kruskal-Wallisov test / Kruskal-Wallis test; p – statistična značilnost / statistical significance

Tabela 4: Odnos medicinskih sester do raziskovanja glede na raven zdravstvene dejavnosti
Table 4: The attitude of registered nurses towards research according to the type of health care service

<i>Trditev / Statement</i>	<i>Delovno mesto / Workplace</i>			
	<i>Primarna zdravstvena dejavnost / Primary health care (\bar{x})</i>	<i>Terciarna zdravstvena dejavnost / Tertiary health care (\bar{x})</i>	<i>Skupaj / Total (\bar{x})</i>	<i>U (p) / U (p)</i>
Na področju zdravstvene nege je napisanega že preveč, saj je zadnje čase govora le o raziskavah.	2,62	1,96	2,28	937,50 (< 0,001)
Raziskave v zdravstveni negi nimajo smisla, ker moramo svoje delo bolj posvetiti pacientom kot raziskavam.	2,57	1,81	2,17	877,50 (< 0,001)
Menim, da moje sodelovanje v raziskavah ne bi povečalo mojega znanja iz zdravstvene nege.	2,58	1,65	2,10	724,50 (< 0,001)
Uporaba raziskovalnega dela v praksi ni uresničljiva.	2,53	1,98	2,25	1006,00 (0,001)
Raziskovalno delo naj izvajajo medicinske sestre, ki ne delajo v kliničnem okolju.	2,32	1,77	2,04	1066,00 (0,005)
Medicinske sestre smo dolžne prebirati strokovne in znanstvene članke.	4,15	4,53	4,35	1128,00 (0,011)
Raziskovalno delo se mi zdolgočasno.	2,58	2,04	2,30	1046,50 (0,003)
Več medicinskih sester bi moralo uporabiti rezultate raziskav v praksi.	3,79	4,16	3,98	1102,00 (0,008)
Svoje delo v praksi sem na podlagi dokazov raziskav pripravljen spremeniti.	3,68	4,30	4,00	797,00 (< 0,001)
Rezultati raziskovalnega dela bi morali biti pogosteje predstavljeni na kliničnih oddelkih.	3,83	4,32	4,08	912,50 (< 0,001)

Legenda / Legend: \bar{x} – povprečje / average; U – Mann-Whitneyev test / Mann-Whitney test; p – statistična značilnost / statistical significance

Tabela 5: Odnos do raziskovanja v zdravstveni negi glede na vključenost v raziskave
Table 5: The attitude towards research in health care according to participation in research

<i>Trditev / Statement</i>	<i>V raziskavah še nisem sodeloval / I have never participated in research (\bar{x})</i>	<i>V koliko raziskav oziroma raziskovalnih projektov v zdravstveni negi ste bili do sedaj vključeni? / In how many research works or research projects in nursing care have you been involved?</i>			<i>$\chi^{2(2)}(p) / \chi^{2(2)}(p)$</i>
		<i>1-3 (\bar{x})</i>	<i>4-8 (\bar{x})</i>	<i>> 8 (\bar{x})</i>	
Raziskave v zdravstveni negi niso smiselne, ker moramo svoje delo bolj posvetiti pacientom kot raziskavam.	2,55	2,09	1,93	1,87	8,06 (0,045)
Uporaba raziskovalnega dela v praksi ni uresničljiva.	2,64	2,30	1,93	1,53	17,14 (0,001)
Rad bi, da to, kar delam v praksi, tudi temelji na znanstvenih dokazih.	3,79	4,11	4,60	4,60	18,82 (< 0,001)
Več medicinskih sester bi moralo uporabiti rezultate raziskav v praksi.	3,76	3,89	4,27	4,47	12,81 (0,005)
Na oddelku, kjer delam, bi morali več časa nameniti raziskovalnemu delu.	3,09	3,43	3,87	3,73	9,56 (0,023)
Moje delo v praksi sem na podlagi dokazov raziskav pripravljen spremeniti.	3,76	3,91	4,47	4,33	13,93 (0,003)
Rezultati raziskovalnega dela bi morali biti pogosteje predstavljeni na kliničnih oddelkih.	3,88	4,02	4,47	4,33	9,11 (0,028)

Legenda / Legend: \bar{x} – povprečje / average; $\chi^{2(2)}$ – Kruskal-Wallisov test / Kruskal-Wallis test; p – statistična značilnost / statistical significance

še niso raziskovale ($\bar{x} = 3,76$). Statistično pomembna razlika ($\chi^2 = 9,56, p = 0,023$) se kaže tudi pri trditvi, da bi na oddelkih morali več časa nameniti raziskovanju. Tiste diplomirane medicinske sestre, ki v raziskovanju niso sodelovale, kažejo manjše strinjanje ($\bar{x} = 3,09$) kot tiste, ki so sodelovale vsaj v štirih raziskavah ($\bar{x} = 3,87, \chi^2 = 9,56, p=0,023$) (Tabela 5).

Diskusija

V raziskavi smo ugotovili, da imajo diplomirane medicinske sestre pozitiven odnos do raziskovanja in do prakse, podprte z dokazi. Podobno ugotavljajo tudi drugi raziskovalci (Akerjordet, et al., 2012; Strojjan, et al., 2012; Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2014; Hvalič Touzery, et al., 2017), ki pravijo, da imajo medicinske sestre veliko stopnjo zanimanja in motivacije za raziskovalno delo. Breimaier in sodelavci (2011) pa ugotavljajo, da medicinske sestre nimajo pozitivnega odnosa do raziskovanja ter da je odnos do raziskovanja celo odklonilen. V naši raziskavi odklonilnega odnosa nismo zaznali, saj si diplomirane medicinske sestre želijo, da njihovo delo temelji na znanstvenih dokazih, niso pa prepričane, ali znajo rezultate raziskav uporabiti v praksi. Skela-Savič in sodelavci (2015) poudarjajo, da zgolj pozitiven odnos do raziskovanja ni dovolj, ampak je potrebno znanje, pridobljeno z raziskavo, tudi implementirati v prakso.

Ugotovili smo, da je eden od pomembnih dejavnikov za gradnjo odnosa medicinskih sester do raziskovanja izobraževanje. Medicinske sestre so prav v času izobraževanja zgradile svoj odnos do raziskovalnega dela. Björkström in sodelavci (2014) so ugotovili, da čas izobraževanja pomembno vpliva na odnos medicinskih sester do raziskovanja. Skela-Savič in sodelavci (2015) poudarjajo, da je premalo izobraževanja že zaposlenih medicinskih sester, ki so ključne akterke raziskovanja v kliničnem okolju. Pomembno je, da se izobraževanje v kliničnem okolju ne konča v času izobraževanja, ampak se nadaljuje tudi med medicinskimi sestrami, ki delujejo v praksi zdravstvene nege. Raziskovalci (McCloskey, 2008; Melnyk, et al., 2008; Gerrish, et al., 2011; Skela-Savič, et al., 2015; Hvalič Touzery, et al., 2017) prav tako poudarjajo, da ima stopnja izobrazbe pomemben vpliv na prakso, temelječo na dokazih. Tiste medicinske sestre, ki imajo višjo stopnjo izobrazbe, imajo pozitivnejši odnos do raziskovalnega dela (Skela-Savič, et al., 2015; Hvalič Touzery, et al., 2017).

Med anketiranimi diplomiranimi medicinskimi sestrami smo ugotovili, da se pri raziskovalnem delu soočajo tudi z nekaterimi ovirami. Strinjajo se, da bi v raziskavah sodelovale več, če bi imele več časa, saj se jim raziskovalno delo zdi smiselno. Na čas kot oviro v raziskovanju opozarjajo tudi drugi raziskovalci (McCloskey, 2008; Brown, et al., 2010; Breimaier, et al., 2011; Akerjordet, et al., 2012; Bole & Skela-Savič, 2017). Berthelsen in Hølge-Hazelton (2014) se pri tem smiselno sprašujeta, ali je pomanjkanje časa zgolj

izgovor medicinskih sester, ker jim primanjkuje želje in interesa po raziskovanju. V naši raziskavi opazimo, da diplomirane medicinske sestre v svoje znanje za opravljanje raziskovalnega dela niso prepričane. Zavedajo se, da je znanje ovira, s katero se soočajo pri raziskovanju, zato ga morajo poglobiti. Poleg večšin za uporabo rezultatov raziskav v praksi je pomembno tudi znanje informacijske tehnologije, v katerega diplomirane medicinske sestre niso prepričane. Podobno kot Bole in Skela-Savič (2017) ugotavljamo, da pomembno oviro predstavlja znanje tujih jezikov. Medicinske sestre se namreč za raziskovalno delo ne odločajo zaradi omejenega znanja tujih jezikov. Med anketiranci nismo opazili, da bi se soočali z organizacijskimi ovirami. Želijo si le večje podpore sodelavcev. Vodstvo obeh ustanov jih pri raziskovalnem delu podpira. Na organizacijske ovire opozarjajo številni drugi avtorji (Brown, et al., 2010; Bole & Skela-Savič, 2017), ki pravijo, da so v zdravstveni negi slab odnos vodij, slabo sodelovanje z zdravniki in managementom ter premalo virov za izvajanje prakse, podprte z dokazi, pomembni dejavniki, ki medicinske sestre ovirajo pri raziskovanju.

Vpliva starosti in let delovnih izkušenj v zdravstveni negi na odnos diplomiranih medicinskih sester do raziskovanja nismo ugotovili. Obstajajo pa raziskave, ki ugotavljajo drugače. Berthelsen in Hølge-Hazelton (2014) ugotavljata, da imajo starejše medicinske sestre slabši odnos do raziskovanja kot mlajše medicinske sestre. Druge raziskave (Melnyk, et al., 2008; Skela-Savič, et al., 2015) pa pravijo, da imajo mlajše medicinske sestre kljub novopridobljenemu znanju iz raziskovanja bolj negativen odnos do raziskovalnega dela. Statistično pomembno razliko ugotavljamo pri vplivu delovnega mesta na odnos do raziskovanja. Ugotavljamo, da imajo diplomirane medicinske sestre, ki so zaposlene v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni, pozitivnejši odnos do raziskovanja. Bolj se strinjajo, da je uporaba prakse, ki temelji na dokazih, pomembna in da bi v raziskovalnem delu moralo sodelovati več diplomiranih medicinskih sester. Dejstvo je, da imajo diplomirane medicinske sestre, ki so zaposlene v zdravstveni dejavnosti na terciarni ravni, večjo možnost vključevanja v raziskave, od tod tudi njihov pozitivnejši odnos do raziskovanja v zdravstveni negi. Razlog za statistično pomembno razliko lahko iščemo tudi v izobraževanju diplomiranih medicinskih sester. V raziskavo so bile vključene diplomirane medicinske sestre, ki geografsko prihajajo z različnih področij, na katerih delujejo različne fakultete. Strojjan in sodelavci (2012) dodajajo, da se odnos do raziskovanja razlikuje med medicinskimi sestrami, ki so se izobraževale na različnih fakultetah.

V raziskavi smo pri ugotavljanju vpliva odnosa do raziskovanja glede na vključenost v raziskave ugotovili statistično pomembno razliko. Tiste diplomirane medicinske sestre, ki so bile vključene v več raziskav, kažejo bolj pozitiven odnos do raziskovanja kot tiste, ki so bile vključene zgolj v eno raziskavo v zdravstveni negi ali pa vanjo sploh niso bile vključene. Ugotavljamo,

da si diplomirane medicinske sestre z več zaključenimi raziskovalnimi projekti svoje delo v praksi bolj želijo opravljati na podlagi dokazov. Ker imajo več izkušenj z implementacijo rezultatov raziskav, se jim to zdi tudi bolj uresničljivo kot diplomiranim medicinskim sestram, ki v raziskovanju še niso sodelovale.

V raziskavo bi bilo smiselno vključiti več diplomiranih medicinskih sester, da bi bil vzorec bolj reprezentativen. Poleg diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na primarni in terciarni ravni, bi bilo v raziskavo smiselno vključiti tudi tiste diplomirane medicinske sestre, ki so zaposlene v zdravstveni dejavnosti na sekundarni ravni in v socialnozdravstvenih ustanovah. Za ugotavljanje vpliva stopnje izobrazbe na odnos do raziskovanja moramo v Sloveniji počakati, da bomo imeli več magistrstov zdravstvene nege. V prihodnosti moramo diplomirane medicinske sestre raziskovanje povezati s tem, kar v osnovi je naš poklic – s skrbjo za pacienta. Raziskovanje moramo začeti bolj usmerjati v raziskave, na podlagi katerih bomo lahko zdravstveno nego vodili v dobro pacientov. S takšnimi raziskavami bomo namreč zdravstveno nego ohranjali kot profesijo, obenem pa pacientom nudili najboljšo oskrbo, temelječo na dokazih.

Zaključek

Z raziskavo ugotavljamo, da imajo diplomirane medicinske sestre pozitiven odnos do prakse, podprte z dokazi, vendar menimo, da danes zgolj pozitiven odnos do raziskovanja ni dovolj. V kliničnih okoljih morajo delovati diplomirane medicinske sestre, ki imajo predvsem znanje implementacije dokazov v prakso. Obstoječe izvajalce v zdravstveni negi je treba ustrezno opolnomočiti o pomenu raziskovanja ter jih s tem motivirati za raziskovanje in implementacijo dokazov v prakso. Pri tem se morajo klinična okolja povezovati z visokošolskimi ustanovami, ki lahko vpeljejo koristno in novo znanje raziskovanja v prakso. Ovire, ki jih imajo diplomirane medicinske sestre pri raziskovanju, poznamo, zato jih moramo z dobro organizacijo dela odpraviti. V praksi mora delo medicinskih sester vedno bolj temeljiti na dobrih dokazih, zato moramo z usmerjenim izobraževanjem vseh diplomiranih medicinskih sester – tistih v izobraževalnem procesu in tistih v kliničnih okoljih – v raziskovalno delo izboljšati njihovo znanje in zavedanje, da lahko z raziskovalnim delom izboljšamo prakso zdravstvene nege. Treba je zagotoviti, da bo praksa, podprta z dokazi, postala ključno vodilo pri delu vsake diplomirane medicinske sestre. S tem bomo lahko zdravstveno nego uveljavljali kot profesijo in priznano znanstveno disciplino.

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

Prispevek avtorjev / Author contributions

Avtorja sta sodelovala enakovredno. Prvi avtor je pripravil osnutek članka, izvedel je raziskavo in statistično analizo rezultatov. Soavtorica je prispevala pri pripravi metodologije, predstavitvi rezultatov in diskusiji. / Both authors contributed an equal share. The first author prepared the outline of the article, carried out the research and statistically analysed data. The co-author contributed to the preparation of methodology, presentation of the results, and the discussion.

Literatura

- Akerjordet, K., Lode, K. & Severinsson, E., 2012. Clinical nurses' attitudes towards research, management and organisational resources in a university hospital: part 1. *Journal of Nursing Management*, 20(6), pp. 814–823.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01477.x>
 PMid:22967299
- Berthelsen, C.B. & Hølge-Hazelton, B., 2014. Orthopaedic nurses' attitudes towards clinical nursing research: a cross-sectional survey. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 19(2), pp. 74–84.
<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2014.10.004>
 PMid:25846220
- Björkström, M.E., Johansson, I.S. & Athlin, E.E., 2014. An attempt to improve nurses' interest in and use of research in clinical practice by means of network support to "facilitator nurses". *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), pp. 58–68.
<https://doi.org/10.5430/jnep.v4n3p58>
- Bole, U. & Skela-Savič, B., 2017. Odnos, znanje in ovire medicinskih sester pri implementaciji na dokazih podprte prakse. In: B. Skela-Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *10. mednarodna znanstvena konferenca: kontinuiran razvoj zdravstvene nege v družbi in njen prispevek k promociji zdravja. Bled, 8. in 9. junij 2017*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškoin, pp. 357–363.

- Breimaier, H.E., Halfens, R.J. & Lohrmann, C., 2011. Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11/12), pp. 1744–1756. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03491.x> PMID:21362075
- Brown, C.E., Ecoff, L. & Kim, S.C., 2010. Multi-institutional study of barriers to research utilisation and evidence-based practice among hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13/14), pp. 1944–1951. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03184.x> PMID:20920021
- Cenčič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. 1st ed. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirshbaum, M. & Tod, A., 2011. The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), pp. 2004–2014. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05642.x> PMID:21507046
- Hvalič Touzery, S., Pesjak, K. & Skela-Savič, B., 2017. Odnos medicinskih sester do doktorskega študija in raziskovanja v zdravstveni negi. In: B. Skela-Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *10. mednarodna znanstvena konferenca: Kontinuiran razvoj zdravstvene nege v družbi in njen prispevek k promociji zdravja. Bled, 8. in 9. junij 2017*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 99–109.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Maze, H. & Plank, D., 2012. *Zdravstvena nega in raziskovanje: skripta predavanj za študijsko leto 2012/13*. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju. Available at: www.vzsce.si/si/files/default/pdf/spletna_gradiva/Skripta_ZN2012-13_3646Z.pdf [7. 3. 2018].
- McCloskey, D.J., 2008. Nurses' perceptions of research utilization in a corporate health care system. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), pp. 39–45. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00204.x> PMID:18302590
- Melnik, B.M., Fineout-Overholt, E. & Mays, M.Z., 2008. The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(4), pp. 208–216. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2008.00126.x> PMID:19076922
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practise*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Ryan, E.J., 2016. Undergraduate nursing students' attitudes and use of research and evidence-based practice: an integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11/12), pp. 1548–1556. <https://doi.org/10.1111/jocn.13229> PMID:26990808
- Skela-Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 209–222. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2726> [7. 3. 2018].
- Skela-Savič, B., 2010. Zakaj potrebujemo raziskovanje in na dokazih podprto prakso v zdravstveni negi? In: B. Skela-Savič, B.M. Kaučič, B. Filej, K. Skinder Savič, M. Mežik Veber, et al., eds. *Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege: izbirna poglavja*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 28–39.
- Skela-Savič, B., 2017. Razvoj elementov profesionalizacije v slovenski zdravstveni negi: tehnika skupinskih intervjujev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 274–297. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.199>
- Skela-Savič, B., Pesjak, K. & Lobe, B., 2015. Prepričanja in uporaba na dokazih podprte prakse med diplomiranimi medicinskimi sestrami v Slovenskih bolnišnicah: preliminarni rezultati. In: B. Skela-Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *8. mednarodna znanstvena konferenca: Zdravstvene stroke in njihov odziv na zdravstvene potrebe družbe: na dokazih podprto in usklajeno delovanje. Bled, 11. in 12. junij 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 24–35.
- Strojan, N., Zorc, J. & Skela-Savič, B., 2012. Odnos medicinskih sester do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 47–55. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2867> [8. 5. 2018].
- Trako, K. & Skela-Savič, B., 2015. Odnos, znanje in ovire pri uporabi na dokazih podprte zdravstvene nege pri diplomiranih medicinskih sestrah Splošne bolnišnice Jesenice. In: B. Skela-Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *8. mednarodna znanstvena konferenca: Zdravstvene stroke in njihov odziv na zdravstvene potrebe družbe: na dokazih podprto in usklajeno delovanje. Bled, 11. in 12. junij 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, pp. 378–388.
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

Citirajte kot / Cite as:

Krajnc, F. & Kadivec, S., 2019. Odnos diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na primarni in terciarni ravni, do raziskovanja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), 300–308. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.4.2971>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Perspektiva študentov zdravstvene nege do istospolno usmerjenih: opisna raziskava The attitudes of nursing students towards homosexuals: a descriptive research

Danijela Šavli, Sabina Ličen

Ključne besede: študenti zdravstvene nege; znanje; stališča; homoseksualnost; kulturne kompetence

Key words: nursing students; knowledge, attitudes; homosexuality; cultural competences

Danijela Šavli, dipl. m. s.

doc. dr. Sabina Ličen, dipl. m. s.,
mag. zdr. neg.; Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

Kontaktne e-naslov /
Correspondence e-mail:
sabina.licen@fvz.upr.si

IZVLEČEK

Uvod: Istospolno usmerjeni posamezniki še danes znotraj zdravstvenega sistema večinoma niso enakopravno obravnavani. Namen raziskave je bil prepoznati znanja študentov zdravstvene nege o istospolno usmerjenih in stališča do njih.

Metode: V opisni neeksperimentalni kvantitativni raziskavi sta bili uporabljeni v slovenščino prevedeni in različni vprašalniki: *The Sex Education and Knowledge about Homosexuality*, v slovenščini Vprašalnik o spolni vzgoji in znanju glede homoseksualnosti (Cronbach $\alpha = 0,97$) in *The Attitudes towards Homosexuals*, v slovenščini Vprašalnik o stališčih do homoseksualnosti (Cronbach $\alpha = 0,95$). Sodelovalo je 70 študentov dodiplomskega študijskega programa Zdravstvena nega. Zbiranje podatkov je potekalo s pomočjo spletnega vprašalnika od junija do avgusta 2018. Podatki so bili analizirani z deskriptivno statistiko, Mann-Whitneyevim U-testom, Kruskal-Wallisovim H-testom, linearno regresijo in testom hi-kvadrat. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila 0,05.

Rezultati: Študenti izkazujejo nezadostno znanje o homoseksualnosti, saj so le na 6 vprašanj od 32 odgovorili pravilno. Ugotovitve kažejo, da pozitivno stališče do homoseksualnosti izražajo moški anketiranci ($p < 0,05$), študenti iz starostne skupine od 28 do 37 let, poročeni študenti, študenti katoliške vere in študenti 3. letnika. Vendar pri omenjenih spremenljivkah razlike v stališčih med študenti niso statistično značilne ($p \geq 0,05$).

Diskusija in zaključek: Raziskava je pokazala, da študentom zdravstvene nege primanjkuje znanja o homoseksualnosti ter da imajo do nje negativen odnos. Da bi dosegli enakopravno obravnavo za vse paciente, so v izobraževanju za zdravstveno nego potrebne spremembe – vključitev vsebin, povezanih s kulturnimi kompetencami.

ABSTRACT

Introduction: Homosexuals continue to face unequal treatment within the healthcare system. The purpose of the research was to determine nursing students' knowledge and attitudes towards homosexuals.

Methods: A non-experimental quantitative descriptive research study used the following questionnaires translated into Slovene: *The Sex Education and Knowledge about Homosexuality* (Cronbach $\alpha = 0,97$) and *The Attitudes Towards Homosexuals* (Cronbach $\alpha = 0,95$). 70 undergraduate students of Nursing were included in the study. Data were collected via an online questionnaire from June to August 2018 and were analysed with descriptive statistics: the Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test, Linear regression and X^2 test. P -value $\geq 0,05$ was considered significant.

Results: Students have shown insufficient knowledge about homosexuality since from a total of 32 questions, they only answered 6 questions correctly. Findings have shown that a positive attitude towards homosexuality is shown by male students ($p < 0,05$), students aged 28 to 37 years, married students, students who identified themselves as Catholic and students in the third year of their studies. However, the differences in attitudes among the students were not statistically significant ($p \geq 0,05$).

Discussion and conclusion: Research has shown that nursing students lack the knowledge about homosexuality and have a negative attitude towards homosexuality. To achieve equal treatment for all patients, an inclusion of cultural competences in the Nursing curriculum is necessary.

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Danijele
Šavli *Znanje in stališča do
homoseksualnosti med študenti
zdravstvene nege* (2018).

Prejeto / Received: 4. 5. 2019
Sprejeto / Accepted: 6. 10. 2019

Uvod

Homoseksualnost se pojavlja skozi vso človeško zgodovino in je prisotna v vseh družbah in kulturah. Pri tem pa lahko opazimo, da je odnos posameznikov in družbe do istospolno usmerjenih problematičen, saj so geji in lezbijke še vedno stigmatizirana, neenakopravna in zatirana skupnost povsod po svetu (Meyer, 2013). Med drugim ostajajo prikriti tudi zaradi negativnega in sovražnega odnosa vere, medicine ter zakonodaje do prej omenjene skupnosti (Kuhar, 2001).

Kljub temu da splošna deklaracija o človekovih pravicah (Generalna skupščina združenih narodov, 1948) govori o enakosti vseh ljudi, so ranljivejše skupine še vedno predmet diskriminacije. Omenjene skupine so lahko rasne, verske, jezikovne manjšine znotraj družbe. V primeru spola so to lahko ženske, v primeru starosti starejši ljudje ter mladi, invalidi, brezposelni, socialno šibkejši, zaradi svoje spolne usmerjenosti pa tudi pripadniki LGBT-skupnosti (lezbijke, geji, biseksualci in transspolne osebe).

Istospolno usmerjeni pacienti vsakodnevno vstopajo v zdravstveni sistem. Stres, ki ga pri tem predvsem zaradi stigmatizacije doživlja večina izmed njih, lahko še dodatno negativno vpliva na njihovo duševno zdravje. In prav zaposleni znotraj zdravstvenega sistema bi že zaradi narave svojega dela to morali upoštevati (Clark, 2014). Medicinske sestre se pri svojem delu vsakodnevno srečujemo z različnimi pacienti ter različnimi kulturami (Halbwachs, 2014; Darnell & Hickson, 2015). Zato je pri delu z istospolno usmerjenimi pacienti – če se razkrijejo ali ne – pomembno, da se zavedamo svojih lastnih občutkov homofobije, ki je neločljivo povezana s strahom ter odporom do homoseksualnosti (Christensen, 2005). Medicinski sestri, ki se ob istospolno usmerjenem pacientu počuti neprijetno, strokovnjaki svetujejo različne oblike pomoči, s čimer poveča razumevanje in ozaveščenost o tej ranljivi skupini (Spinks, et al., 2000). Mnogi zdravstveni delavci so namreč še vedno prepričani, da je homoseksualnost bolezen in ne le način življenja, s čimer krepijo predsodke družbe in družbeno stigmo do homoseksualnosti (Christensen, 2005; Bostanci Daštan, 2015; Srivastava & Singh, 2015).

Pomembno je, da študenti zdravstvene nege že med izobraževanjem razvijejo kulturne kompetence (Rowniak, 2015), ki zajemajo široko paleto znanj, spretnosti in veščin (Campinha-Bacote, 2002), za zagotavljanje primerne zdravstvene nege pacientom iz različnih kultur in okolij. Čeprav nekateri avtorji (Eliason, et al., 2010) navajajo povečanje raziskav na tem področju v večini zdravstvenih disciplin, pa nekateri avtorji (Makadon, 2011; Rowniak, 2015) še vedno ugotavljajo, da jih je premalo.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je znanje študentov zdravstvene nege o istospolno usmerjenih in kakšna stališča imajo do njih. Cilj raziskave je bil s pomočjo vprašalnika identificirati dejavnike, povezane z boljšim znanjem in stališči študentov do homoseksualnosti. Zato smo postavili naslednje hipoteze:

H1: Študenti zdravstvene nege imajo slabo znanje o homoseksualnosti.

H2: Študenti zdravstvene nege izražajo negativna stališča do homoseksualnosti.

H3: Obstajajo statistično pomembne razlike v znanju o homoseksualnosti in stališčih do nje glede na demografske (spol, starost, zakonski stan) in druge podatke študentov zdravstvene nege (verozpoved, letnik študija).

Metode

V raziskavi je bila uporabljena opisna eksplorativna neeksperimentalna metoda empiričnega raziskovanja.

Opis instrumenta

V raziskavi je bil uporabljen spletni vprašalnik, sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop se nanaša na vprašanja, povezana z demografskimi in drugimi podatki anketirancev. Drugi sklop vprašalnika obsega vprašanja, povezana z znanjem o homoseksualnosti – *The Sex Education and Knowledge about Homosexuality Questionnaire* (SEKHQ, v slovenščini Vprašalnik o spolni vzgoji in znanju glede homoseksualnosti). Vprašalnik zajema 32 trditev, na katere anketiranci odgovarjajo z možnostjo izbire enega odgovora: »Drži«, »Ne drži«, »Ne vem«. Natančnost trditev v angleški različici vprašalnika je bila ocenjena in podprta na podlagi predhodnih raziskav in znanstvenih spoznanj (Wells & Franken, 1987; Harris, et al., 1995; Alderson, et al., 2009). Vsak pravilni odgovor je ovrednoten z eno točko. Vsi pravilni odgovori tako predstavljajo 32 točk in nakazujejo odlično znanje anketirancev o homoseksualnosti (razpon je 0–32 točk). Odgovor »Ne vem« se šteje kot napačni odgovor. Ker angleška različica vprašalnika izrecno ne pojasnjuje meje, pri kateri lahko trdimo, da ima posameznik odlično oziroma nezadostno znanje, smo se odločili, da dobro oziroma odlično znanje anketiranci kažejo takrat, ko na več kot polovico odgovorov ($n = 17$) odgovorijo pravilno. Angleška različica vprašalnika je pokazala dobro notranjo konsistentnost sklopa trditev (Cronbach $\alpha = 0,74$) (Dunjic-Kostić, et al., 2012).

Tretji sklop vprašalnika obsega trditve o stališčih do homoseksualnosti – *The Attitudes towards Homosexuals Questionnaire* (AHQ, v slovenščini Vprašalnik o stališčih do homoseksualnosti). Vprašalnik sestavlja 20 trditev, ki jih anketiranci ocenjujejo na podlagi petstopenjske

Likertove lestvice, in sicer od 1 (močno se strinjam) do 5 (močno se ne strinjam). Vprašalnik AHQ predstavlja zbirko treh vprašalnikov, ki so se posamično predhodno uporabljali v drugih raziskavah (Herek, 1988; Morrison & Morrison, 2002; Smith & Mathews, 2007). Leta 2012 so ga Dunjić-Kostić in sodelavci uporabili v svoji raziskavi. Rezultate predstavlja vsota povprečnih vrednosti vseh trditve. Najvišja možna ocena je 100, kar nakazuje izrazito negativen odnos; najnižja možna ocena je 20, kar kaže izrazito pozitiven odnos do homoseksualnosti. Določili smo mejo med negativnim in pozitivnim odnosom do homoseksualnosti, ki ga prikazuje mediana 60. Izmed dvajsetih trditve so v slovenski različici prevedenega vprašalnika tri trditve obratno kodirane (v originalni različici so obratno kodirane štiri trditve). Angleška različica vprašalnika je nakazala odlično notranjo konsistentnost sklopa trditve (Cronbach $\alpha = 0,92$) (Dunjić-Kostić, et al., 2012).

Oba vprašalnika sta v angleškem jeziku prosto dostopna na spletu. Izvirna vprašalnika sta avtorja neodvisno prevedla iz angleškega v slovenski jezik. Po prevodu sta avtorja preverila skladnost slovenske različice z izvirnim besedilom ter pri tem upoštevala kulturni kontekst in rabo pojmov v slovenskem jeziku. Cronbach alfa je za slovensko različico vprašalnika SEKHQ pri celotnem vzorcu raziskave znašal 0,97, pri slovenski različici vprašalnika AHQ pa 0,95, kar kaže odlično stopnjo zanesljivosti (Field, 2013).

Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen priložnostni vzorec študentov (redni in izredni študij) ($n = 70$ ali 22 % celotnega vzorca študentov), ki so v študijskem letu 2017 / 2018 obiskovali dodiplomski študijski program Zdravstvena nega na eni izmed zdravstvenih fakultet v Sloveniji. V študijskem letu 2017 / 2018 je bilo na študijski program Zdravstvena nega vpisanih 318 študentov. Izmed vseh študentov je v celoti vprašalnik izpolnilo le 70 študentov. Pri končni analizi smo upoštevali samo popolno izpolnjene vprašalnike. Starost študentov, ki so sodelovali v raziskavi, je 23,5 ($s = 6,12$) leta. Demografske in druge značilnosti anketirancev prikazujemo v Tabeli 1.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v odprtokodni aplikaciji za spletno anketiranje – 1KA. Spletnemu vprašalniku je bilo dodano pojasnilo o namenu in načinu izpolnjevanja. Študenti so imeli možnost izpolniti anketni vprašalnik v roku dveh mesecev, in sicer od junija do avgusta 2018. Podatki, ki so jih anketiranci posredovali z odgovarjanjem na vprašanja, so se zbirali v bazi podatkov na spletnem strežniku. Ob zaključku anketiranja so se prenesli vsi podatki hkrati, kar pomeni, da se v primeru predčasne prekinitve sodelovanja podatki niso shranili. V procesu zbiranja

Tabela 1: Demografske in druge značilnosti vzorca
Tabela 1: Demographic and other characteristics of the sample

Spremenljivka / Variable	n	%
Spol		
Moški	15	21,4
Ženski	55	78,6
Starostna skupina		
19–22 let	52	74,3
23–27 let	7	10,0
28–32 let	4	5,7
33–37 let	2	2,9
38–44 let	5	7,1
Zakonski stan		
Samski	26	37,1
Poročeni	5	7,1
V partnerski zvezi	37	52,9
V istospolni partnerski zvezi	2	2,9
Veroizpoved		
Katoliška	34	49,3
Pravoslavna	4	4,4
Islam	11	15,9
Sem ateist	15	21,7
Drugo	6	8,7
Letnik študija		
1. letnik – dodiplomski študij	33	47,1
2. letnik – dodiplomski študij	16	22,9
3. letnik – dodiplomski študij	21	30,0

podatkov se je tako oblikovala podatkovna baza, ki je vsebovala odgovore anketirancev brez njihovih imen in priimkov ter elektronskih naslovov, s čimer je bila zagotovljena anonimnost. Kasneje smo podatke izvozili in analizirani s pomočjo programa SPSS, verzija 25 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Uporabljeni so bili osnovna deskriptivna statistika (frekvenca, minimum, maksimum, srednja vrednost, povprečje in standardni odklon), Mann-Whitneyev U-test, Kruskal Wallisov H-test, linearna regresija in test Hi-kvadrat. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila 0,05.

Rezultati

V Tabeli 2 prikazujemo rezultate, ki se nanašajo na znanje o homoseksualnosti. Študenti so na trditve odgovarjali z možnostjo izbire enega odgovora, in sicer »Drži«, »Ne drži«, »Ne vem«. Odgovor »Ne vem« smo šteli kot napačen odgovor. Pravilne odgovore prikazujemo v odstotkih.

Rezultati (Tabela 2) so pokazali, da študenti izkazujejo izredno šibko oziroma nezadostno znanje o homoseksualnosti, saj so le na 6 vprašanj odgovorili pravilno, kar je razvidno iz odstotka pravih odgovorov pod zaporednimi številkami 4, 5, 10, 19, 29 in 32.

Tabela 2: Vprašalnik o znanju, povezanem s homoseksualnostjo (SEKHQ), s prikazanim odstotkom pravih odgovorov**Table 2:** Questionnaire on knowledge related to homosexuality (SEKHQ) showing the percentage of correct answers

Št.	Trditve / Statements	Pravilni odgovori (%) / Correct answers (%)
1.	(N) V obdobju mladostništva ima približno 25–30 % fantov homoseksualno izkušnjo.	6,8
2.	(N) Večina homoseksualcev je bila zapeljana v obdobju mladostništva s strani starejše osebe istega spola.	16,7
3.	(P) V obdobju mladostništva ima približno 6–11 % deklet homoseksualno izkušnjo.	31,9
4.	(P) Spolna usmerjenost je vzpostavljena že v obdobju mladostništva.	79,2
5.	(P) Homoseksualci običajno razkrijejo svojo spolno identiteto najprej prijatelju in šele nato staršem.	80,6
6.	(N) Spolna identiteta homoseksualca je v nasprotju z njegovim/njenim biološkim spolom.	22,2
7.	(N) Pri otrocih, ki jih vzgajajo starši homoseksualci, obstaja večja verjetnost, da bodo tudi sami homoseksualno usmerjeni, kot pri otroci, ki jih vzgajajo heteroseksualno usmerjeni starši.	41,7
8.	(P) Med moškimi homoseksualci in lezbijkami je pojavnost depresije in anksioznosti v primerjavi s heteroseksualci pogostejša.	37,5
9.	(N) Homoseksualci na zmenku posvečajo večjo pozornost fizični privlačnosti svojega spremljevalca kot pa heteroseksualci.	20,5
10.	(P) Izkušnja ljubezni je podobna za vse ljudi, ne glede na spolno usmerjenost.	80,6
11.	(P) Moški homoseksualni pari imajo bolj permisivna stališča glede seksualne aktivnosti izven partnerske zveze v primerjavi z lezbičnimi in heteroseksualnimi pari.	7,0
12.	(P) V nekaterih kulturah je normalno, da imajo fantje v obdobju mladostništva spolne izkušnje in spolni odnos z osebo istega spola.	11,3
13.	(N) Na svetu je najbolj pogost način prenosa virusa HIV med moškimi, ki imajo spolne odnose z moškimi.	7,1
14.	(P) Testosteron je hormon, ki je odgovoren za rast sramnih dlak pri dekletih.	20,0
15.	(P) Moškim se prsi navadno povečajo med puberteto.	27,1
16.	(N) Raziskave podpirajo koncept, da spolna vzgoja v šolah povečuje željo po spolni aktivnosti med mladostniki.	28,6
17.	(N) V zadnjih 25 letih homoseksualnost narašča.	9,9
18.	(N) Večina moških homoseksualcev in lezbijk si želi, da bi bili heteroseksualci.	17,1
19.	(N) Večina homoseksualcev želi spodbuditi in prepričati druge v homoseksualnost in takšen način življenja.	51,4
20.	(P) Učitelji heteroseksualci pogosteje zapeljejo in seksualno zlorabijo učence kot učitelji homoseksualci.	12,9
21.	(N) Grčija in Rim sta padla zaradi homoseksualnosti.	36,2
22.	(N) Heteroseksualci imajo navadno močnejši spolni nagon kot homoseksualci.	23,5
23.	(P) Homoseksualno izkušnjo je imelo približno polovica moške populacije in več kot ena tretjina ženske.	7,4
24.	(P) Večji je delež moških homoseksualcev kot lezbijk.	19,1
25.	(P) Heteroseksualci/ke imajo pogosto homoseksualne fantazije.	26,1
26.	(N) Če bi v medijih prikazali homoseksualnost kot nekaj pozitivnega, bi lahko to vplivalo na mlade, da postanejo homoseksualci.	35,8
27.	(N) Homoseksualci so običajno prepoznavni po videzu in obnašanju.	14,9
28.	(N) Homoseksualci niso dober vzor za otroke in jim lahko celo psihološko škodujejo ter ovirajo njihov normalni spolni razvoj.	42,2
29.	(P) Moški homoseksualci so pogosteje žrtve nasilja kot ostali.	57,6
30.	(N) Homoseksualnost se med živalmi ne pojavlja.	47,8
31.	(N) Zgodovinsko gledano je skoraj pri vsaki kulturi razvidna velika nestrpnost do homoseksualcev, saj so obravnavani kot »bolni« ali kot »grešniki«.	1,5
32.	(P) Moški heteroseksualci navadno izražajo več sovraštva do homoseksualcev kot heteroseksualne ženske.	60,9

Legenda / Legend: (P) – pravičen odgovor / correct answer; (N) – nepravilen odgovor / incorrect answer; % – odstotek / percentage

Tabela 3: Vprašalnik o stališčih do homoseksualnosti (AHQsl) s pripadajočimi povprečnimi vrednostmi
Table 3: Questionnaire on attitudes towards homosexuality (AHQsl) with corresponding average values

Trditve / Statements	\bar{x}	s
Veliko homoseksualcev izrablja svojo spolno usmerjenost, da s tem pridobi posebne privilegije.	3,52	1,10
Moški homoseksualci nimajo vseh pravic, ki jih potrebujejo.	2,94	1,11
Dogodki in praznovanja, kot je »parada ponosa«, so dokaj nesmiselni, saj se na ta način domneva, da je spolna usmerjenost posameznika predstavljena kot njegov ponos.	3,06	1,09
Moški homoseksualci morajo še vedno protestirati za enake pravice.	2,84	1,03
Če želijo biti moški homoseksualci obravnavani kot vsi ostali, se morajo prenehati razburjati glede svoje spolnosti/kulture.	2,54	0,99
Občudovati bi morali pogum moških homoseksualcev, ki ne skrivajo svoje spolne usmerjenosti.	2,51	1,12
V trenutno težkem gospodarsko-ekonomskem obdobju ne bi smeli porabljeni davkoplačevalskega denarja za podporo homoseksualnim organizacijam.	2,83	1,16
Moški homoseksualci so postali preveč provokativni v zahtevah po enakopravnih pravicah.	2,89	1,12
Za družbo bi bilo koristno, če bi prepoznali in sprejeli homoseksualnost kot nekaj normalnega.	1,96	0,98
Homoseksualcem bi moralo biti delo z otroki prepovedano.*	2,13	1,10
Homoseksualci bi morali imeti enake možnosti za zaposlitev kot vsi ostali.	1,55	0,74
Homoseksualcem bi morale biti poroke dovoljene.	2,22	1,10
Homoseksualci bi morali biti družbeno enakopravni.	1,84	0,85
Mislim, da so moški homoseksualci ogabni.*	2,32	1,18
Če moški čuti homoseksualno nagnjenost, bi moral narediti vse, da jo premaga.	3,88	1,01
Sploh ne bi bil/a razburjen/a, če bi izvedel/a, da je moj sin homoseksualec.	3,10	1,19
Homoseksualnim parom bi morala biti posvojitev otrok dovoljena.	3,26	1,40
Homoseksualnost je bolezen.*	1,96	1,04
Tako kot pri nekaterih drugih vrstah je tudi moška homoseksualnost naravni izraz spolnosti pri ljudeh.	2,21	0,93
Homoseksualnost je le drugačen način življenja, ki ga ne bi smeli obsojati.	1,97	0,80
Vsota povprečnih vrednosti	59,65	

Legenda / Legend: \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; * – obratno kodirano / reverse coding

V nadaljevanju prikazujemo rezultate, ki opisujejo stališča študentov do homoseksualnosti (Tabela 3). Rezultate predstavlja vsota povprečnih vrednosti vseh trditvev. Meja med pozitivnimi in negativnimi stališči do homoseksualnosti je določena kot mediana, kar predstavlja 60 točk (ocene med 20 in 100 točk: ocena 100 nakazuje izredno negativen odnos in ocena 20 izredno pozitiven odnos do homoseksualnosti).

Rezultati (Tabela 3) nakazujejo negativen odnos do homoseksualnosti, saj je vsota povprečnih vrednosti 59,65 ($Me = 59$). Povprečne vrednosti pri označenih trditvah (*) so v Tabeli 3 zaradi kodiranja prikazane ravno obratno od izbrane ocene anketirancev.

Pri ugotavljanju statistično pomembnih razlik v znanju o homoseksualnosti in stališčih do nje v povezavi z demografskimi in drugimi podatki anketirancev smo uporabili različne statistične metode, in sicer Mann-Whitneyev U-test, Kruskal Wallisov H-test, kot tudi linearno regresijo in test Hi-kvadrat. Rezultate prikazujemo v Tabelah 4 in 5. Rezultati v Tabeli 4 so prikazani samo za tiste trditve ($n = 6$), na katere so anketiranci odgovorili pravilno, in sicer odgovori pod zaporednimi številkami 4, 5, 10, 19, 29 in 32 v Tabeli 2.

Pri ocenjevanju znanja so na vseh 6 vprašanj (izmed 32) pravilno odgovorile ženske, vendar je statistično

pomembne razlike med spoloma opaziti le pri treh trditvah: *Spolna usmerjenost je vzpostavljena že v obdobju mladostništva; Homoseksualci običajno razkrijejo svojo spolno identiteto najprej prijatelju in šele nato staršem ter Večina homoseksualcev želi spodbuditi k homoseksualnosti in takšnemu načinu življenja ter jih prepričati vanj.* Vseh 6 pravih odgovorov prav tako pripada anketirancem iz starostne skupine med 19 in 22 let ter anketirancem, ki so v partnerski zvezi, vendar rezultati v tem primeru niso izkazovali statistično pomembnih razlik med skupinami ($p \geq 0,05$). Pravilne odgovore so izbrali tudi anketiranci katoliške vere, in sicer so rezultati izkazovali statistično pomembne razlike med skupinami ($p \leq 0,05$) pri odgovorih: *Spolna usmerjenost je vzpostavljena že v obdobju mladostništva in Homoseksualci običajno razkrijejo svojo spolno identiteto najprej prijatelju in šele nato staršem.* Pri anketirancih iz 1. letnika pa so rezultati izkazovali statistično pomembne razlike med skupinami ($p \leq 0,05$) pri odgovoru: *Moški homoseksualci so pogosteje žrtve nasilja kot ostali.* Regresijski koeficienti sicer niso pokazali statistično značilnega vpliva demografskih in drugih podatkov anketirancev na znanje o homoseksualnosti ($p \geq 0,05$), s čimer bi lahko poudarili dejavnike, povezane z boljšim znanjem o homoseksualnosti.

Tabela 4: Pravilni odgovori študentov, povezani z znanjem o homoseksualnosti**Table 4:** Students' correct answers related to knowledge about homosexuality

Trditve / Statements	Spol: Ženski / Gender: Female		Starostna skupina: 19–22 let / Age group: 19–22 years		Zakonski stan: Partnerska zveza / Marital status: Domestic Partnership		Veroizpoved: Katoliška / Religion: Catholic		Letnik študija: 1. letnik / Year of study: 1st year	
	\bar{x} (s)	p	\bar{x} (s)	p	\bar{x} (s)	p	\bar{x} (s)	p	\bar{x} (s)	p
(P) Spolna usmerjenost je vzpostavljena že v obdobju mladostništva.	1,27 (0,56)	0,014	1,18 (0,43)	0,445	1,31 (0,62)	0,447	1,21 (0,41)	0,001	1,28 (0,58)	0,365
(P) Homoseksualci običajno razkrijejo svojo spolno identiteto najprej prijatelju in šele nato staršem.	1,15 (0,35)	0,029	1,18 (0,38)	0,215	1,22 (0,42)	0,447	1,15 (0,35)	0,001	1,25 (0,44)	0,244
(P) Izkušnja ljubezni je podobna za vse ljudi, ne glede na spolno usmerjenost.	1,18 (0,43)	0,090	1,22 (0,46)	0,500	1,19 (0,46)	0,363	1,24 (0,49)	0,426	1,16 (0,36)	0,379
(N) Večina homoseksualcev želi druge spodbuditi k homoseksualnosti in takšnemu načinu življenja ter jih prepričati vanj.	2,46 (0,71)	0,004	2,46 (0,67)	0,358	2,44 (0,73)	0,106	2,30 (0,68)	0,269	2,34 (0,65)	0,372
(P) Moški homoseksualci so pogosteje žrtve nasilja kot ostali.	1,52 (0,61)	0,216	1,44 (0,61)	0,064	1,42 (0,66)	0,209	1,53 (0,61)	0,384	1,26 (0,51)	0,000
(P) Moški heteroseksualci navadno izražajo več sovraštva do homoseksualcev kot heteroseksualne ženske.	1,49 (0,67)	0,230	1,43 (0,65)	0,135	1,38 (0,60)	0,328	1,53 (0,67)	0,324	1,13 (0,62)	0,234

Legenda / Legend: \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; p – statistična značilnost / statistical significance

Tabela 5: Odgovori študentov, povezani s stališči do homoseksualnosti: Mann-Whitneyev U-test, Kruskal Wallisov H-test**Table 5:** Students' answers related to attitudes about homosexuality: Mann-Whitney U-test, Kruskal Wallis H-test

Spremenljivke / Variables		Stališča do homoseksualnosti / Attitudes towards homosexuality		
		\bar{x} (s)	F	p
Spol	Moški	65,14 (8,786)	225,500	0,036
	Ženski	69,72 (6,066)		
Starostna skupina	19–22 let	68,70 (7,742)	4,653	0,325
	23–27 let	71,85 (2,794)		
	28–32 let	65,50 (3,109)		
	33–37 let	65,50 (2,121)		
	38–44 let	68,73 (5,128)		
Zakonski stan	Samski	68,40 (7,449)	2,923	0,232
	Poročeni	65,20 (3,420)		
	V partnerski zvezi	69,15 (6,910)		
	V istospolni partnerski zvezi	75,00 (4,242)		
Veroizpoved	Katoliška	67,30 (7,531)	7,394	0,060
	Pravoslavna	70,00 (3,000)		
	Islam	69,11 (4,484)		
	Sem ateist	72,69 (9,284)		
Letnik študija	1. letnik – dodiplomski študij	70,22 (7,232)	5,332	0,070
	2. letnik – dodiplomski študij	69,00 (6,442)		
	3. letnik – dodiplomski študij	66,45 (6,565)		

Legenda / Legend: \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; F – vrednost / value; p – statistična značilnost / statistical significance

V Tabeli 5 prikazujemo stališča do homoseksualnosti v povezavi z demografskimi in drugimi podatki anketirancev.

Rezultati v Tabeli 5 kažejo, da je bolj pozitivno stališče do homoseksualnosti ugotovljeno pri študentih starih od 28 do 37 let, pri poročenih študentih, pri katoličanih in študentih 3. letnika. Vendar pri omenjenih spremenljivkah razlike v stališčih med anketiranci niso statistično značilne ($p \geq 0,05$). Statistično pomembne razlike je opaziti le pri spolu anketirancev, kjer so moški izkazali bolj pozitivno stališče do homoseksualnosti od žensk ($p = 0,036$). Tudi regresijski koeficienti so pokazali, da na stališča do homoseksualnosti statistično značilno vpliva spol ($F(1,63) = 5,110$, $p = 0,027$, $R^2 = 0,228$). Pri ostalih demografskih in drugih podatkih regresijski koeficienti niso pokazali statistične značilnosti ($p \geq 0,05$).

Diskusija

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšno je znanje študentov zdravstvene nege o istospolno usmerjenih in kakšna stališča imajo do njih, ter identificirati dejavnike, povezane z boljšim znanjem in stališči študentov do homoseksualnosti. V raziskavi smo ugotovili, da študenti zdravstvene nege dodiplomskega študijskega programa izkazujejo izredno šibko oziroma nezadostno znanje o homoseksualnosti. Podobno so pomanjkanje znanja med študenti zdravstvene nege ugotovili tudi Chapman in sodelavci (2012) ter Cornelius in Carrick (2015). Predhodne raziskave kažejo tudi izredno slabo znanje med zaposlenimi medicinskimi sestrami in študenti medicine (Banwari, et al., 2015; Lopes, et al., 2016; Della Pelle, et al., 2018). Slednji so ugotovili (Banwari, et al., 2015; Lopes, et al., 2016; Della Pelle, et al., 2018), da so večje število pravih odgovorov o homoseksualnosti dosegali tisti študenti, ki so bili več v stiku z LGBT-osebami, in tisti z večjim številom LGBT-prijateljev ter študenti, ki zase pravijo, da so ateisti (Lopes, et al., 2016). Tako kot v nekaterih predhodnih raziskavah (Dunjić-Kostić, et al., 2012; Banwari, et al., 2015; Lopes, et al., 2016) je tudi v naši raziskavi največ študentov pravilno odgovorilo na trditev, ki pravi, da homoseksualci običajno razkrijejo svojo spolno identiteto najprej prijatelju in šele nato staršem. Raziskava, ki sta jo izvedla Švab in Kuhar (2005), kaže, da se homoseksualci res najprej razkrijejo prijateljem, ker lahko predvidevajo njihovo reakcijo, medtem ko je razkritje v družinskem okolju nekoliko težje in bolj čustveno. Reakcije staršev so različne ter odvisne od splošnih odnosov v družini, povezanosti med družinskimi člani, stopnje religioznosti ter stopnje upoštevanja tradicionalnih vzorcev (Švab & Kuhar, 2005; Baiocco, et al., 2016).

Na podlagi znanja študentov v naši raziskavi ter ugotovitev v predhodnih raziskavah (Chapman, et al., 2012; Dunjić-Kostić, et al., 2012; Grabovac, et al., 2014; Banwari, et al., 2015; Bostanci Daştan, 2015;

Della Pelle, et al., 2018) lahko predpostavljamo, da so vsebine, povezane z istospolno usmerjenimi posamezniki, med izobraževanjem pomanjkljivo obravnavane. Pomanjkljivo obravnavo te skupine pacientov v študijskem programu Zdravstvena nega ugotavlja tudi Sirota (2013). V izobraževanje študentov zdravstvene nege je zato treba vključiti vsebine o tej ranljivi skupini posameznikov ter s tem povečati razumevanje in znanje. Dejstvo je, da so istospolno usmerjeni posamezniki del naše družbe in imajo specifične potrebe, ki jih ne smemo prezreti. Z vstopom v zdravstveni sistem morajo biti obravnavani enakopravno tako kot vsi ostali pacienti (Spinks, et al., 2000; Sirota, 2013; Lopes, et al., 2016). Zato se dandanes zaradi večkulturne družbe povečujejo potrebe in zahteve po oblikovanju študijskih programov, ki bi se v kurikulumu dotikali medkulturne zdravstvene nege ter kulturnih kompetenc. Nujno so potrebni tudi novi pristopi v izobraževanju, na podlagi katerih bi se prihodnji strokovnjaki pripravili na ustrezno zagotavljanje zdravstvene nege glede na potrebe pacienta ter njegovo kulturno ozadje (Prosen, et al., 2017). V tujini so kulturne kompetence v kurikulumu izobraževanja za zdravstveno nego postale že standardizirana učna vsebina (Ryan, et al., 2000; Prosen, et al., 2017; Singleton, 2017). Na področju kulturnih kompetenc v Sloveniji se dogajajo premiki šele zadnjih nekaj let s težnjami po vključevanju teh vsebin v kurikulum visokošolskega izobraževanja zdravstvene nege (Loredan & Prosen, 2013; Ličen, et al., 2017; Prosen, et al., 2017).

V raziskavi smo ugotavljali tudi stališča študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti. Rezultati so pokazali, da so njihova stališča negativna. Študenti so najbolje ocenili trditve, ki opisujejo homoseksualnost kot le drugačen način življenja, ki ga ne bi smeli obsojati; da bi homoseksualci morali imeti enake možnosti za zaposlitev kot vsi ostali; da bi homoseksualci morali biti družbeno enakopravni ter da bi bilo za družbo koristno, če bi prepoznali in sprejeli homoseksualnost kot nekaj normalnega. Iz slednjega lahko domnevamo, da je študentom lažje odgovarjati ali ocenjevati vprašanja, ki se nanašajo na družbeno življenje, kakor na vprašanja, ki se nanašajo na spolnost. Srivastava in Singh (2015) pravita, da je v družbi še vedno prisoten velik tabu predvsem glede govora o spolnih praksah ter spolnosti med istospolno usmerjenimi posamezniki. Ljudje se ob tem počutijo neprijetno ter o tem velikokrat ne želijo govoriti (Srivastava & Singh, 2015). Makadon (2011) pravi, da imajo tudi zdravstveni delavci pogosto neprijeten občutek ter se počutijo nepripravljene, da bi govorili ali pacienta spraševali o intimnih zadevah. Dejstvo je, da lahko negativna stališča vplivajo na kakovost opravljene zdravstvene nege in minimalno možnost ustvarjanja varnega okolja, v katerem se istospolno usmerjeni pacienti lahko zaupajo medicinskim sestram (Yen, et al., 2007; Chapman, et al., 2012). Zato se istospolno

usmerjeni posamezniki še vedno velikokrat soočajo z neenakopravno obravnavo s strani medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev (Spinks, et al., 2000; Christensen, 2005; Makadon, 2011; Rowniak, 2015). V predhodnih raziskavah so negativna stališča do homoseksualnosti ugotovili tudi med medicinskimi sestrami (Yen, et al., 2007) in študenti medicine (Dunjić Kostić, et al., 2012; Grabovac, et al., 2014; Banwari, et al., 2015). Avtorji (Bostanci Daštan, 2015; Rowniak, 2015) navajajo, da negativna stališča do homoseksualnosti izhajajo predvsem iz pomanjkanja znanja o tej skupini posameznikov. Smith in Mathews (2007) navajata, da se stigmatizacija istospolno usmerjenih oseb v zadnjih 30 letih počasi zmanjšuje, kljub temu pa je še vedno prisotna tako v družbi kot v zdravstveni negi in medicini (Dunjić-Kostić, et al., 2012; Bostanci Daštan, 2015).

V raziskavi smo preverjali, ali obstajajo statistično pomembne razlike v znanju o homoseksualnosti in stališčih do nje v povezavi z demografskimi in drugimi podatki anketirancev, s čimer bi lahko identificirali posamezne dejavnike. Na podlagi rezultatov smo ugotovili, da bolj pozitivna stališča izražajo moški študenti, študenti, stari od 28 do 37 let, poročeni študenti, študenti katoliške vere in študenti 3. letnika. Razen pri spolu anketirancev rezultati niso izkazovali statistično pomembnih razlik med spremenljivkami.

V predhodnih raziskavah so avtorji (Dunjić-Kostić, 2012; Grabovac, et al., 2014; Banwari, et al., 2015; Lopes, et al., 2016; Della Pelle, et al., 2018) ugotovili, da bolj pozitivna stališča in odnos do homoseksualnosti izražajo ženske, ki izkazujejo tudi več znanja o homoseksualnosti, kar pripomore k večjemu razumevanju istospolno usmerjenih pacientov, zmanjšanju homofobije ter negativnih stališč (Banwari, et al., 2015). V raziskavah so ugotovili tudi, da imajo moški zaradi manjšega znanja o homoseksualnosti posledično več negativnih stališč (Chapman, et al., 2011; Dunjić Kostić, et al., 2012; Della Pelle, et al., 2018). Nadalje so raziskovalci ugotovili, da zdravstveno osebje, ki izkazuje več znanja in ima končan dodiplomski ali magistrski študij, izraža tudi pozitivnejši odnos in stališča do homoseksualnosti (Hou, et al., 2006; Yen, et al., 2007; Banwari, et al., 2015). Starejše in dalj časa zaposlene medicinske sestre izražajo več negativnih stališč do homoseksualnosti kot mlajše kolegice (Yen, et al., 2007). Nekateri avtorji (Yen, et al., 2007; Dunjić-Kostić, et al., 2012; Bostanci Daštan, 2015; Rowniak, 2015; Lopes, et al., 2016) ugotavljajo tudi, da zaznana višja stopnja religioznosti pri zdravstvenem osebju vpliva na negativna stališča do homoseksualnosti. Zanimivo je, da so tisti, ki so se opredelili za religiozne, izkazovali slabša stališča do homoseksualnosti (Dunjić Kostić, et al., 2012). Nadalje je dokazano, da večji stik z istospolno usmerjenimi pacienti ter večje število istospolno usmerjenih prijateljev nakazuje pozitivna stališča do

homoseksualnosti (Hou, et al., 2006; Yen, et al., 2007; Chapman, et al., 2011; Lopes, et al., 2016). Corbière in sodelavci (2012) navajajo, da je ena izmed dobrih strategij pri zmanjševanju stigme in negativnega odnosa do istospolno usmerjenih spodbujanje stika, s čimer se poskuša spremeniti negativna mnenja in odnos do stigmatizirane skupine ali posameznika.

Kot omejitev raziskave je treba izpostaviti majhen vzorec ter heterogenost anketirancev glede na preiskovane neodvisne spremenljivke, kot so spol, starost, letnik študija, zakonski stan in veroizpoved. Nadalje je treba upoštevati omejitve v psihometričnih lastnostih obeh prevedenih vprašalnikov. Pred uporabo vprašalnikov ni bila izvedena pilotna raziskava. Potrebne so dodatne raziskave v okviru psihometričnih lastnosti slovenske različice obeh vprašalnikov, uporabljenih v raziskavi.

Zaključek

Raziskava je pokazala, da študentom zdravstvene nege primanjkuje znanja o homoseksualnosti ter da imajo negativen odnos do homoseksualnosti. Dejstvo je, da danes živimo v večkulturni družbi, kjer ima vsak posameznik svoj pogled na svet, svoje vrednote, navade, slog življenja ter svojo kulturo. Tudi v zdravstveni negi se medicinske sestre vsakodnevno srečujejo z različnimi pacienti ter različnimi kulturami. Pacientova kultura lahko vpliva na dožemanje zdravja, bolezni, smrti, bolečine ter različnih življenjskih dogodkov. Zaradi večkulturne družbe in posledično vedno večje raznolikosti pacientov se pojavlja potreba po kulturno kompetentnem zdravstvenem osebju, ki bo pacientom zagotavljalo kakovostno zdravstveno nego glede na njihove potrebe ter kulturno ozadje. Dejstvo pa je tudi, da še vedno živimo v družbi, kjer je heteroseksualnost prevladujoča norma. Kljub družbenim spremembam in počasnemu premiku k sprejemanju homoseksualnosti je diskriminacija te ranljive skupine posameznikov še vedno prisotna. Posledično je omenjena skupina posameznikov tudi v zdravstveni negi velikokrat obravnavana neenakopravno. Neenakost v obravnavi, nevidnost teh oseb ter negativen odnos bi bilo mogoče zmanjšati z ozaveščanjem in izobraževanjem o tej ranljivi skupini.

V Sloveniji bi bilo treba opraviti več raziskav, ki vključujejo znanje o ranljivejših skupinah, med njimi tudi o gejih in lezbijkah, ter hkrati preveriti področje vsebin kulturnih kompetenc in jih po potrebi vključiti v izobraževalne programe zdravstvene nege. Z vključitvijo teh vsebin bi vzpodbudili pričetek razvoja kulturnih kompetenc prihodnjih medicinskih sester.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2016) in Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Soglasje za izvedbo raziskave je bilo podano s strani prodekana za študentske zadeve fakultete, kjer je raziskava potekala. / 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). Approval for the research was obtained from the Faculty's Vice Dean for Student Affairs.

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je opravila raziskavo in pripravila prvi osnutek članka. Soavtorica je sodelovala pri metodološki zasnovi raziskave, opravila kritični pregled osnutka in dopolnila končno različico članka. / 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 contributed to the final version of the article.

Literatura

Alderson, K.G., Orzeck, T.L., & McEwen, S.C., 2009. Alberta high school counsellors' knowledge of homosexuality and their attitudes toward gay males. *Canadian Journal of Education*, 32(1), pp. 87–117.

Baiocco, R., Fontanesi, L., Santamaria, F., Ioverno, S., Baumgartner, E., & Laghi, F., 2016. Coming out during adolescence: perceived parents' reactions and internalized sexual stigma. *Journal of Health Psychology*, 21(8), pp. 1809–1813.
<https://doi.org/10.1177/1359105314564019>
PMid:25538141

Banwari, G., Mistry, K., Soni, A., Parikh, N., & Gandhi, H., 2015. Medical students and interns' knowledge about and attitude towards homosexuality. *Journal of Postgraduate Medicine*, 61(2), pp. 95–100.
<https://doi.org/10.4103/0022-3859.153103>
PMid:25766341; PMCid:PMC4943442

Bostanci Daştan, N., 2015. The attitudes of nursing students towards lesbians and gay males in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), pp. 376–382.
<https://doi.org/10.1111/ijn.12294>
PMid:24750248

Campinha-Bacote, J., 2002. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), pp. 181–184.
<https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
PMid:12113146

Chapman, R., Wardrop, J., Freeman, P., Zappia, T., Watkins, R., & Shields, L., 2012. A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children. *Journal of Clinical Nursing*, 21(7/8), pp. 1128–1135.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03939.x>
PMid:22288982

Christensen, M., 2005. Homophobia in nursing: a concept analysis. *Nursing Forum*, 40(2), pp. 60–71.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2005.00010.x>
PMid:16053506

Clark, F., 2014. Discrimination against LGBT people triggers health concerns. *The Lancet*, 383(9916), pp. 500–502
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60169-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60169-0)

Corbière, M., Samson, E., Villotti, P., & Pelletier, J.-F., 2012. Strategies to fight stigma toward people with mental disorders: perspectives from different stakeholders. *The Scientific World Journal*, art. ID 516358.
<https://doi.org/10.1100/2012/516358>
PMid:23093913; PMCid:PMC3475300

Cornelius, J., & Carrick, J., 2015. A survey of nursing students' knowledge of and attitudes toward LGBT health care concerns. *Nursing Education Perspectives*, 36(3), pp.176–178.
<https://doi.org/10.5480/13-1223>

Darnell, L.K., & Hickson, S. V., 2015. Cultural competent patient-centered nursing care. *The Nursing Clinics of North America*, 50(1), pp. 99–108.
<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.008>
PMid:25680490

Della Pelle, C., Cerratti, F., Di Giovanni, P., Cipollone, F., & Cicolini, G., 2018. Attitudes towards and knowledge about lesbian, gay, bisexual, and transgender patients among Italian nurses: an observational study. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), pp. 367–374.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12388>
PMid:29689129

Dunjić-Kostić, B., Pantović, M., Vuković, V., Randjelović, D., Totić-Poznanović, S., Damjanović, A., et al., 2012. Knowledge: a possible tool in shaping medical professionals' attitudes towards homosexuality. *Psychiatria Danubina*, 24(2), pp. 143–151.

Eliason, M.J., Dibble, S., & DeJoseph, J., 2010. Nursing's silence on lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: the need for emancipatory efforts. *ANS. Advances in Nursing Science*, 33(3), pp. 206–218.
<https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181e63e49>
PMid:20520521

- Field, A., 2013. *Discovering statistics using SPSS*. 3rd ed. Sage Publications, pp. 675.
- Generalna skupščina združenih narodov, 1948. *Splošna deklaracija človekovih pravic*. Available at: http://www.mzz.gov.si/fileadmin/pageuploads/Zunanja_politika/Clovekove_pravice/Zbornik/SPLOSNA_DEKLARACIJA_O_CLOVEKOVIH_PRAVICAH.pdf [8. 8. 2018].
- Grabovac, I., Abramović, M., Komlenović, G., Milosević, M., & Mustajbegović, J., 2014. Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. *Collegium Antropologicum*, 38(1), pp. 39–45.
- Halbwachs, H.K., 2014. Multikulturalizem v zdravstveni negi. In: A. Kvas, S. Đurđa, P. Požun, G. Lokajner & R. Kobentar, eds. *Prenos informacij v zdravstveni in babiški negi*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 45–54.
- Harris, M.B., Nightengale, J. & Owen, N., 1995. Health care professionals' experience, knowledge, and attitudes concerning homosexuality. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 2(2), pp. 91–108. https://doi.org/10.1300/J041v02n02_06
- Herek, G. M., 1988. Heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men: correlates and gender differences. *The Journal of Sex Research*, 25(4), pp. 451–477. <https://doi.org/10.1080/00224498809551476>
- Hou, S.-Y., Pan, S.-M., Ko, N.-Y., Liu, H.-C., Wu, S.-J., Yang, W.-C., et al., 2006. Correlates of attitudes toward homosexuality and intention to care for homosexual people among psychiatric nurses in Southern Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 22(8), pp. 390–397. <https://doi.org/10.1080/00224498809551476>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kuhar, R., 2001. *Mi, drugi: oblikovanje in razkritje homoseksualne identitete*. Ljubljana: Škuc, pp. 227.
- Ličen, S., Karnjuš, I. & Prosen, M., 2017. Ensuring equality through the acquisition of cultural competencies in nursing education: a literature review. In: A. Petelin, N. Šarabon, B. Žvanut & M. Prosen, eds. *Zdajne delovno aktivne populacije: 4. Znanstvena in strokovna konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 22. september 2017*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 79–74. <https://doi.org/10.26493/978-961-7023-32-9.113-121>
- Lopes, L., Gato, J., & Esteves, M., 2016. Portuguese medical students' knowledge and attitudes towards homosexuality. *Acta Medica Portuguesa*, 29(11), pp. 684–693. <https://doi.org/10.20344/amp.8009> PMID:28229833
- Loredan, I. & Prosen, M., 2013. Kulturne kompetence medicinskih sester in babic. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(1), pp. 83–89. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2916> [8. 8. 2019].
- Makadon, H.J., 2011. Ending LGBT invisibility in health care: the first step in ensuring equitable care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78(4), pp. 220–224. <https://doi.org/10.3949/ccjm.78gr.10006> PMID:21460126
- Meyer, I.H., 2013. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 1(S), pp. 3–26. <https://doi.org/10.1037/2329-0382.1.S.3>
- Morrison, M.A. & Morrison, T.G., 2002. Development and validation of a scale measuring modern prejudice toward gay men and lesbian women. *Journal of Homosexuality*, 43(2), pp. 15–37. https://doi.org/10.1300/J082v43n02_02
- Prosen, M., Karnjuš, I., & Ličen, S., 2017. Razvijanje medkulturnih kompetenc med študenti zdravstvene nege. In: S. Rutar, S. Čotar Konrad, T. Štemberger, S. Bratož, A. Ježovnik, et al., eds. *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 199–221.
- Rowniak, S.R., 2015. Factors related to homophobia among nursing students. *Journal of Homosexuality*, 62(9), pp. 1228–1240. <https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1037135> PMID:25894848
- Ryan, M., Carlton, K.H., & Ali, N., 2000. Transcultural nursing concepts and experiences in nursing curricula. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(4), pp. 300–307. <https://doi.org/10.1177/104365960001100408> PMID:11982039
- Singleton, J.K., 2017. An enhanced cultural competence curriculum and changes in transcultural self-efficacy in Doctor of Nursing practice students. *Journal of Transcultural Nursing*, 28(5), pp. 516–522. <https://doi.org/10.1177/104365960001100408> PMID:11982039
- Sirota, T., 2013. Attitudes among nurse educators toward homosexuality. *The Journal of Nursing Education*, 52(4), pp. 219–227. <https://doi.org/10.3928/01484834-20130320-01> PMID:23506172

- Smith, D.M. & Mathews, W.C., 2007. Physicians' attitudes toward homosexuality and HIV. *Journal of Homosexuality*, 52(3–4), pp. 1–9.
https://doi.org/10.1300/J082v52n03_01
PMid:17594969
- Spinks, V.S., Andrews, J. & Boyle, J.S., 2000. Providing health care for lesbian clients. *Journal of Transcultural Nursing*, 11(2), pp. 137–143.
<https://doi.org/10.1177/104365960001100208>
PMid:11982046
- Srivastava, S. & Singh, P., 2015. Psychosocial roots of stigma of homosexuality and its impact on the lives of sexual minorities in India. *Open Journal of Social Sciences*, 3(1), pp. 128–136.
<https://doi.org/10.4236/jss.2015.38015>
- Švab, A. & Kuhar, R., 2005. *Neznosno udobje zasebnosti. Vsakdanje življenje gejev in lezbijk*. Ljubljana: Mirovni inštitut, pp. 28–30.
- Wells, J.W. & Franken, M.L., 1987. University students' knowledge about and attitudes toward homosexuality. *The Journal of Humanistic Education and Development*, 26(2), pp. 81–95
<https://doi.org/10.1002/j.2164-4683.1987.tb00316.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. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].
- Yen, C.-F., Pan, S.-M., Hou, S.-Y., Liu, H.-C., Wu, S.-J., Yang, W.-C., et al., 2007. Attitudes toward gay men and lesbians and related factors among nurses in Southern Taiwan. *Public Health*, 121(1), pp. 73–79.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.08.013>
PMid:17166534

Citirajte kot / Cite as:

Šavli, D. & Ličen, S., 2019. Perspektiva študentov zdravstvene nege do istospolno usmerjenih: opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), 309–319. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.4.2976>

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 **2019** Letnik / Volume **53**

KAZALO / CONTENTS

Glavna in odgovorna urednica / *Editor in Chief and Managing Editor*

doc. dr. Mateja Lorber, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Urednik, izvršni urednik / *Editor, Executive Editor*

doc. dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.

Urednica, spletna urednica / *Editor, Web Editor*

Martina Kocbek Gajšt, univ. dipl. bibl., mag. menedž. vseživ. izobr.

Uredniški odbor / *Editorial Board*

doc. dr. Branko Bregar, prof. dr. Nada Gosić, doc. dr. Sonja Kalauz, izr. prof. dr. Vladimír Kališ,
doc. dr. Igor Karnjuš, asist. Petra Klanjšek, mag. Klavdija Kobal Straus, Martina Kocbek Gajšt,
doc. dr. Andreja Kvas, doc. dr. Sabina Ličen, doc. dr. Mateja Lorber, izr. prof. dr. Miha Lučovnik,
doc. dr. Ana Polona Mivšek (št. 1), izr. prof. dr. Fiona Murphy, dr. Alvisa Palese, viš. pred. Petra Petročnik,
doc. dr. Mirko Prosen, prof. dr. Árún K. Sigurdardottir, red. prof. dr. Brigita Skela-Savič,
viš. pred. mag. Tamara Štemberger Kolnik, prof. dr. Debbie Tolson, doc. dr. Dominika Vrbnjak

Lektorica za slovenščino / *Reader for Slovenian*

Simona Jeretina

Lektorici za angleščino / *Readers for English*

lekt. mag. Nina Bostič Bishop, lekt. dr. Martina Paradiž (št. 2-4)

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

The need for understanding Potreba po razumevanju <i>Elisabeth Lindahl</i>	4
Utrinek časa ob stoletnici poklica medicinske sestre na Slovenskem A hundred years of the nursing profession in Slovenia <i>Monika Ažman</i>	100
Acceptance and perceptions of old age and aging Sprejemanje starosti in staranja ter odnos do njiju <i>Mateja Lorber</i>	188
Dokument Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege: nastanek, odzivi in izzivi Document Professional competencies and activities of practitioners in nursing care: development, responses and challenges <i>Monika Ažman</i>	264

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

Understanding and applying the matrix on the four levels of competences and categories of the nursing care providers: a descriptive research Razumevanje in umeščanje matrike štirih ravni kompetenc in kategorij izvajalcev v zagotavljanje zdravstvene nege: opisna raziskava <i>Brigita Skela-Savič, Sanela Pivač, Vesna Čuk, Branko Gabrovec</i>	8
The Heyman Survey of nursing employees' attitudes towards mechanical restraints in Slovenia Heymanova lestvica odnosa zaposlenih v zdravstveni negi do posebnih varovalnih ukrepov v Sloveniji <i>Branko Bregar, Brigita Skela-Savič, Karmen Kajdiž, Blanka Kores</i>	18
Attitudes towards spirituality and spiritual care among nursing employees in hospitals Stališča do duhovnosti in duhovne oskrbe med zaposlenimi v zdravstveni negi v bolnišnicah <i>Tanja Montanič Starc, Igor Karnjuš, Katarina Babnik</i>	31
Zdravstvena pismenost in sladkorna bolezen: študija primera na skupini pacientov v specialistični ambulanti za zdravljenje sladkorne bolezni Health literacy and diabetes: a case study on a group of patients in specialist outpatient clinic for diabetes <i>Ines Skok, Tamara Štemberger Kolnik, Katarina Babnik</i>	49
Prevalence and characteristics of tobacco and cannabis co-use in 15-year-old students in Slovenia Razširjenost in značilnosti souporabe tobaka in konoplje med 15-letnimi dijaki v Sloveniji <i>Helena Koprivnikar, Tina Zupanič, Andreja Drev, Helena Jeriček Klanšček</i>	104
Zadovoljstvo državljanov Republike Slovenije z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji Satisfaction of the citizens of the Republic of Slovenia with healthcare services <i>Barbara Zupanc Terglav, Špela Selak, Mitja Vrdelja, Miha Boris Kaučič, Branko Gabrovec</i>	112

Zdravljenje dojenčkov s kisikom v domačem okolju in izkušnje njihovih staršev Home oxygen therapy in infants and the experiences of their parents <i>Marija Korelc, Jožica Ramšak Pajk</i>	119
Razlike med ocenjevanjem in samoocenjevanjem kliničnega usposabljanja s strani kliničnih mentorjev in študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin Differences between the evaluation of clinical training by clinical mentors and self-evaluation by the students of the Angela Boškin Faculty of Health Care <i>Sedina Kalender Smajlovič, Marta Smodiš</i>	128
Vloga prve skrbstvene sestre Angele Boškin pri profesionalizaciji slovenske zdravstvene nege: zgodovinska raziskava življenjepisa (1912-1944) The role of the first 'social care nurse' Angela Boškin in the professionalization of Slovenian nursing care: historical biographical research (1912-1944) <i>Brigita Skela-Savič</i>	137
The impact of delivery mode on the risk of neonatal intracranial haemorrhage: a prospective population-based cohort study Vpliv načina poroda na tveganje za intrakranialne krvavitve pri novorojenčku: prospektivna populacijska kohortna raziskava <i>Nika Buh, Miha Lučovnik</i>	194
Rojstvo nedonošenega otroka in podpora zdravstvenih delavcev z vidika mater: deskriptivna fenomenološka raziskava The birth of a premature infant and the support of health care professionals as experienced by the mothers: a descriptive phenomenological study <i>Nika Černe Kržišnik, Mirko Prosen</i>	200
Factors affecting dental services accessibility: a qualitative study Dejavniki dostopnosti zobozdravstvenih storitev: kvalitativna analiza <i>Miran Forjanič, Valerij Dermol, Valentina Prevolnik Rupel</i>	269
Sex life during pregnancy: survey among women Spolno življenje v nosečnosti: anketa med ženskami <i>Tamara Košec, Anita Jug Došler, Mateja Kusterle, Ana Polona Mivšek</i>	280
Vpliv porodnih praks na porodno izkušnjo v institucionalni oskrbi: sekundarna analiza kvalitativnih podatkov The impact of childbirth practices in institutionalised care on childbirth experience: qualitative secondary analysis <i>Mirko Prosen</i>	288
Odnos diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na primarni in terciarni ravni, do raziskovanja v zdravstveni negi Attitudes of registered nurses employed in primary and tertiary health care towards research in nursing <i>Filip Krajnc, Saša Kadivec</i>	300
Perspektiva študentov zdravstvene nege do istospolno usmerjenih: opisna raziskava The attitudes of nursing students towards homosexuals: a descriptive research <i>Danijela Šavli, Sabina Ličen</i>	309

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

Vloga medicinske sestre z naprednimi znanji pri zdravstveni obravnavi mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem brez samomorilnega namena: pregled literature The advanced nurse practitioner's role in health care of adolescents with non-suicidal self-injury behavior: literature review <i>Tilen Tej Krnel</i>	57
Samoobvladovanje kronične bolečine: strategija stimulacije Self-regulation of chronic pain: stimulation strategy <i>Urška Nemec, Majda Pajnkihar, Sonja Šostar Turk, Petra Klanjšek, Anja Košič</i>	70
Etične dileme pri izvajanju zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: pregled literature Ethical dilemmas in the implementation of nursing care in intensive care unit: literature review <i>Sedina Kalender Smajlovič</i>	157
Vpliv terapije z lutko na življenje oseb, obolelih za demenco: sistematični pregled Impact of doll therapy on life of people living with dementia: a systematic literature review <i>Nataša Mlinar Reljič, Zvonka Fekonja, Jasna Mulej, Sergej Kmetec, Majda Pajnkihar</i>	211
Pogostnost sindroma bolnih stavb v bolnišnicah v povezavi z okoljskimi dejavniki: sistematični pregled literature Prevalence of the sick building syndrome in hospitals in relation to environmental factors: a systematic literature review <i>Sedina Kalender Smajlovič, Mateja Dovjak, Andreja Kukec</i>	221
Duhovnost v zdravstveni negi v Sloveniji: pregled literature Spiritual care in nursing in Slovenia: literature review <i>Klelija Štrančar, Andreja Mihelič Zajec</i>	232
Errata: 53(1), p. 10	169

NAVODILA AVTORJEM

Splošna navodila

Članek naj bo napisan v slovenskem ali angleškem knjižnem jeziku, razumljivo in jedrnato, dolg naj bo največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno zasnovane raziskave. Število besed se nanaša na besedilo članka in ne vključuje naslova, izvlečka, tabel, slik in seznama literature. Avtorji naj uporabijo Microsoft Wordovo predlogo, ki je dostopna na spletni strani uredništva. Vsi članki, ki so uvrščeni v uredniški postopek, so recenzirani s tremi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja le izvirna, še neobjavljena znanstvena dela. Za trditve v članku odgovarja avtor oziroma avtorji, če jih je več (v nadaljevanju avtor), zato mora le-ta biti podpisan s celotnim imenom in priimkom, treba je navesti strokovne naslove, akademske nazive avtorja in izvolitev v pedagoški ali raziskovalni naziv, v kolikor ga avtor ima. Če je članek napisan v angleškem jeziku, morajo biti v angleškem jeziku zapisani tudi strokovni naslovi, akademski nazivi in izvolitev v pedagoški ali raziskovalni naziv. Avtor mora pri oddaji članka dosledno upoštevati navodila glede standardizirane znanstvene opreme, videza in tipologije dokumentov ter navodila v zvezi z oddajo članka. Članek bo uvrščen v nadaljnjo obravnavo, ko bo pripravljen v skladu z navodili uredništva.

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

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

Opredelitev tipologije

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

Metodološka struktura članka

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

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

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

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

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

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

Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

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

Uvod: V uvodu opredelimo raziskovalni problem, in sicer v kontekstu znanja in znanstvenih dokazov, v katerem smo ga razvili. Pregled obstoječe znanstvene literature mora utemeljiti potrebo po naši raziskavi in je osnova za oblikovanje namena in ciljev raziskave, raziskovalnih vprašanj oz. hipotez in izbranega dizajna raziskave. Uporabimo znanstvena spoznanja in koncepte aktualnih mednarodnih in domačih raziskav, ki so objavljena kot primarni vir in niso starejša od deset oziroma pet let. Obvezno je citiranje in povzemanje spoznanj raziskav in ne mnenj avtorjev. Na koncu opredelimo namen in cilje raziskave. Priporočamo zapis raziskovalnih vprašanj (kvalitativna raziskava)

oz. hipotez (kvantitativna raziskava).

Metode: V uvodu metod navedemo izbrano raziskovalno paradigmo (kvantitativna, kvalitativna) in uporabljeni dizajn izbrane paradigme. Podpoglavja metod so: *opis instrumenta, opis vzorca, opis poteka raziskave in obdelave podatkov*.

Pri *opisu instrumenta* navedemo: opis sestave instrumenta, kako smo oblikovali instrument, spremenljivke v instrumentu, merske značilnosti (veljavnost, zanesljivost, objektivnost, občutljivost). Navedemo avtorje, po katerih smo instrument povzeli, ali navedemo literaturo, po kateri smo ga razvili. Pri kvalitativni raziskavi opišemo tehniko zbiranja podatkov, izhodiščna vprašanja, morebitno strukturo poteka zbiranja podatkov, kriterije veljavnosti in zanesljivosti tehnike zbiranja podatkov.

Pri *opisu vzorca* navedemo: opis populacije, iz katere smo oblikovali vzorec, vrsto vzorca, kolikšen je bil odziv vključenih v raziskavo, opis vzorca po demografskih podatkih (spol, izobrazba, delovna doba, delovno mesto ipd.). Pri kvalitativni raziskavi opredelimo še možnosti vključitve in izbrani način vključitve v raziskavo, vrsto vzorca, velikost vzorca in pojasnimo zasičenost vzorca.

Pri *opisu poteka raziskave in obdelave podatkov* navedemo etična dovoljenja za izvedbo raziskave, dovoljenja za izvedbo raziskave v organizaciji, predstavimo potek izvedbe raziskave, zagotovila za anonimnost vključenih ter prostovoljnost pri vključitvi v raziskavo, navedeno obdobje, kraj in način zbiranja podatkov, uporabljene metode analize podatkov, pri slednjem natančno navedemo statistične metode, program in verzijo programa statistične obdelave, meje statistične značilnosti. Pri kvalitativni raziskavi natančno opišemo celoten potek raziskave, način zapisovanja, zbiranja podatkov, število izvedb (opazovanj, intervjujev ipd.), trajanje izvedb, sekvence, transkripcijo podatkov, korake analize obdelave, tehnike obdelave in interpretacije podatkov ter receptivnost raziskovalca.

Rezultati: Rezultate prikažemo besedno oz. v tabelah in slikah ter pazimo, da izberemo le en prikaz za posamezen rezultat in da se vsebina ne podvaja. V razlagi rezultatov se osredotočamo na statistično značilne rezultate in tiste, ki so nas presenetili. Rezultate prikazujemo glede na stopnjo zahtevnosti statistične obdelave. Pri prikazu rezultatov v tabelah in slikah je za vse uporabljene kratice potrebna pojasnitev v legendi pod tabelo ali sliko. Rezultate prikažemo po postavljenih spremenljivkah, odgovorimo na raziskovalna vprašanja oz. hipoteze. Pri kvalitativnih raziskavah prikažemo potek oblikovanja kod in kategorij, za vsako kodo predstavimo eno do dve reprezentativni izjavi vključenih v raziskavo, ki najbolje predstavita oblikovano kodo. Naredimo shematični prikaz dobljenih kod in iz njih razvitih kategorij ter sodbo.

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

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

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

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

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

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

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

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

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

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

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

Navajanje literature

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo, koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo *harvardski sistem* (npr. *Anglia 2008*) za navajanje avtorjev v besedilu in seznamu literature na koncu članka. Za navajanje avtorjev v **besedilu**

uporabljamo npr.: (Pahor, 2006) ali Pahor (2006), kadar priimek vključimo v poved. Če gre za dva soavtorja, priimeka ločimo z »&«: (Stare & Pahor, 2010). V besedilu navajamo *do dva avtorja*, če je avtorjev *več* navedemo le prvega in dopišemo »et al.«: (Chen, et al., 2007). Če navajamo več citiranih del, jih ločimo s podpičji in jih navedemo po kronološkem zaporedju, od najstarejšega do najnovejšega, če je med njimi v istem letu več citiranih del, jih razvrstimo po abecednem vrstnem redu: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014). Kadar citiramo več del istega avtorja, izdanih v istem letu, je treba za letnico dodati malo črko po abecednem redu: (Baker, 2002a, 2002b).

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

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

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

Primeri navajanja literature v seznamu

Citiranje knjige:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Citiranje anonimnega dela (avtor ni naveden):

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

Citiranje dela korporativnega avtorja:

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

Citiranje članka iz suplementa revije oz. suplementa številke revije:

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

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

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

Citiranje prispevka iz zbornika referatov:

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

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

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

Citiranje diplomskega, magistrskega dela, doktorske disertacije:

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

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

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

Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov:

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

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

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

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

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

Citiranje zgoščenk (CD-ROM):

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

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

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

1. Naslovna stran, ki vključuje:

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

Zahvala/Acknowledgements

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

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

Prispevek avtorjev/Author contributions

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

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

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

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

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

Tabele naj bodo označene z arabskimi zaporednimi številkami. Imeti morajo vsaj dva stolpca ter opisni naslov (nad tabelo), naslovno vrstico, morebitni zbirni stolpec in zbirno vrstico ter legendo uporabljenih znakov. V tabeli morajo biti izpolnjena vsa polja, obsegajo lahko največ 57 vrstic. Za njihovo oblikovanje naj velja naslednje: velikost črk 11 točk, pisava Times New Roman, enojni razmik, pred in za vrstico 0,5 točke prostora, v prvem stolpcu in vseh stolpcih z besedilom leva poravnava, v stolpcih s statističnimi podatki leva poravnava, vmesne pokončne črte pri prikazu neizpisane. Uredništvo si pridružuje pravico, da preobsežne tabele, v sodelovanju z avtorjem, preoblikuje.

Slike naj bodo oštevilčene z arabskimi zaporednimi številkami. Podpisi k slikam (pod sliko) in legende naj bodo v slovenščini in angleščini, pisava Times New Roman, velikost 11 točk. Izraz slika uporabimo za grafe, sheme in fotografije. Uporabimo le dvodimenzionalne grafične črno-bele prikaze (lahko tudi šrafure) ter resolucijo vsaj 300 dpi (dot per inch). Če so slike v dvorazsežnem koordinatnem sistemu, morata obe osi (x in y) vsebovati označbe, katere enote/mere vsebujeta.

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Članek mora biti pripravljen v skladu z navodili in oddan prek spletne strani revije na <http://obzornik.zbornica-zveza.si>, to je pogoj, da se članek uvrsti v uredniški postopek. Če uredništvo presodi, da članek izpolnjuje kriterije za objavo v Obzorniku zdravstvene nege, bo poslan v zunanjo strokovno (anonimno) recenzijo. Recenzenti prejmejo besedilo članka brez avtorjevih osebnih podatkov, članek pregledajo glede na postavljene kazalnike in predlagajo izboljšave. Avtor je dolžan izboljšave pregledati in jih v največji meri upoštevati ter članek dopolniti v roku, ki ga določi uredništvo. V kolikor avtor članka ne vrne v roku, se članek zavrne. V kolikor avtor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora to pisno pojasniti. Po zaključenem recenzijem postopku uredništvo članek vrne avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in pripravi čistopis. Čistopis uredništvo pošlje v jezikovni pregled.

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

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

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

Recenzentovo delo je odgovorno in zahtevno. S svojimi predlogi in ocenami recenzenti prispevajo k večji kakovosti člankov, objavljenih v Obzorniku zdravstvene nege. Od recenzenta, ki ga uredništvo neodvisno izbere, se pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja, ki so postavljena v obrazcu OJS, in ugotovil, ali so trditve in mnenja, zapisani v članku, verodostojni in ali je avtor upošteval navodila za objavljanje. Recenzent mora poleg znanstvenosti, strokovnosti in primernosti vsebine za objavo v Obzorniku zdravstvene nege članek oceniti metodološko ter uredništvo opozoriti na pomanjkljivosti. Ni treba, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem, vendar lahko opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Pozoren naj bo na pravilno rabo strokovne terminologije. Posebej mora biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jasen, ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvo članka; ali avtor citira (naj)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. Reclassification can be suggested by the author or reviewer, the final decision rests with the editor-in-chief and the executive editor.

Methodological structure of an article

The title, the abstract and the key words should be written in the Slovene and English language. A concise but informative title should convey the nature, content and research design of the paper. It must not exceed 120 characters. If the title is followed by a subtitle, a semicolon should be placed in between. Up to six key words separated by a semicolon and not included in the title, define the article content and reflect the article's core topic or message. Articles must be accompanied by an abstract of no more than 150-220 words written in the third person. Abstracts accompanying articles must be structured and should not include references.

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

Introduction: This section states the main question to be answered, and indicates the exact objective of the paper and the major variables of the study.

Methods: This section provides an overview of the research or experimental design, the research instrument, the reliability of the instrument, methods of data collection, and analysis indicating where, how and when the data were collected.

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

quantitative studies it is necessary to state the statistical validity and statistical significance of the results.

Discussion and conclusion: This section states the conclusions and discusses the research findings drawn from the results obtained. Presented in this section are also limitations of the study and the implications of the results for practice and relevant further research. Both, the positive and the negative research findings should be adequately presented.

Structure of an Original Scientific Article (1.01)

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

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

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

The *description of the research instrument* includes information about the construction of the instrument, the mode of instrument development, instrument variables and measurement properties (validity, reliability, objectivity, sensitivity). Appropriate citations of the literature used in research development should be included. In qualitative research, a technique of data collection should be given along with the preliminary research questions, a possible format or structure of data collection and process, the criteria of validity and reliability of data collection.

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

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

The *description of the research procedure and data analysis* includes ethical approvals to conduct a research, permission to conduct a research in an institution, description of the research process, guarantee of anonymity and voluntariness of the research participants, period and place of data collection, method of data collection and analysis, including statistical methods, statistical analysis software and programme version, limits of statistical significance. A qualitative research should include a detailed description of modes of data collection and recording, number and duration of observations, interviews and surveys, sequences, transcription of data, steps in the data analysis and interpretation, and receptiveness of a researcher.

Results: This section presents the research results descriptively or in numbers and figures. A table is included only if it presents new information. Each finding is presented only once so as to avoid repetition and duplication of the content. Explanation of the results is focused on statistically significant or unexpected findings. The results are presented according to the level of statistical complexity. All abbreviations used in figures and tables should be provided with explanatory captions in the legend below the table or figure. The results are presented according to the variables, answering all the research questions or hypotheses. In qualitative research, the development of codes and categories should also be presented, including one or two representative statements of participants. A schematic presentation of the codes and ensuing categories are given.

Discussion: The discussion section analyses the data descriptively (numerical data should be avoided) in relation to specific variables from the study. The results are analysed and evaluated in relation to the original research questions or hypotheses. The discussion part integrates and explains the results obtained and relates them with those of previous studies in order to determine their significance and applicative value. Ethical interpretation and communication of research results is essential to ensure the validity, comparability and accessibility of new knowledge. The validity of generalisations from results is often questioned due to the limitations of qualitative research (sample representativeness, research instrument, research proceedings). The principles of reliability and comparability should be observed. The discussion includes comments on the expected and unexpected findings and the areas requiring further or in-depth research as indicated by the study results. The limitations of the research should be clearly stated.

Conclusion: Summarised in this section are the author's principal points and transfer of new findings into practice. The section may conclude with specific further research proposals grounded on the substantive content, conclusions and contributions of the study, albeit limitations cited. Citations of quotes, paraphrases or abridgements should not be included in the conclusion.

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

Structure of a Review Article (1.02)

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

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

The **introduction** section defines the scientific, conceptual or theoretical basis for the literature review. It also states the necessity for the review along with the aims, objectives and the research question.

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

Review methods include the development, testing and search strategy, predetermined criteria for the inclusion in the review, the researched data bases, limited time period of published literature, types of publications according to hierarchy of evidence, key words and the language of reviewed publications.

The *results of the review* include the number of hits, the number of reviewed research works, the number of included and excluded sources consulted. The **results** are presented in the form of a diagram of all the research stages of the review. The international standards for the presentation of the literature review results may be used for this purpose (e.g. PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis.

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

The results should be presented in the form of a table and include a quality analysis of the sources consulted. The table should include the author's research, the year of publication, the country where the research was conducted, the research purpose and design, the variables studied, the research instrument, sample size, the key findings, etc.

It should be evident which studies are included in the review according to hierarchy of evidence. The results are presented verbally and visually (tables and pictures), the main findings concerning the research design should also be included. In qualitative synthesis the codes and categories are used as a result of the qualitative synthesis review. In quantitative analysis, the statistical methods of data processing of the used scientific works are described.

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

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

Literature Citation

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

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

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

In citing secondary sources they are introduced by "cited in" (Lukič, 2000 cited in Korošec, 2014). In citing a piece of work which does not have an obvious author or the author is unknown, the in-text citation includes the title followed by "Anon." in parenthesis, and the year of publication: *The past is the past* (Anon., 2008). In citing a piece of work whose authorship is an organization or corporate author, the name of the organization is given, followed by the year of publication (Royal College of Nursing, 2010). If no date of publication is given, it is notified by a "n. d." (no date): (Smith, n. d.). An in-text citation and a full reference must be provided for any images, illustrations, photographs, diagrams, tables or figures reproduced in the paper as with any other type of work: (Photo: Marn, 2009; source: Cramer, 2012). If a subject on a photo is recognisable, a prior informed consent for publication should be gained from the subject or from a portrayed child's parent or guardian.

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

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

Citation Examples by Type of Reference

Citing books:

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

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

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

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

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

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

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

Citing a book edited by one or multiple authors:

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

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

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

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

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

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

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

Citing anonymous works (author is not given):

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

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

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

Citing an article from a journal supplement or issue supplement:

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

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

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

Citing from published conference proceedings:

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

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

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

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

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

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

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

Citing laws, codes and regulations:

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

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

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

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

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

Citing compact disk material (CD-ROM):

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

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

ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES

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

1. The title page includes:

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

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

Acknowledgements

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

Conflict of interest

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

Funding

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

Ethical approval

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

Author contributions

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

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

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

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

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

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

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

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

The editorial board – author/s relationship

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

GUIDE TO REVIEWERS

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

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

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

Literature

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

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

Updated on November 21, 2016

Cite as:

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

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

NAROČILNICA

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

Ime:

Priimek:

Ulica:

Pošta:

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

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

Kraj in datum:

Podpis:



Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

NAROČILNICA

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

Ime / Naziv:

Ulica:

Pošta:

Naročnino bomo poravnali v osmih dneh po prejemu računa.

Davčna številka:

Kraj in datum:

Podpis in žig:

SLOVENIAN NURSING REVIEW

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

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

Founded and published by:

The Nurses and Midwives Association of Slovenia

Editor in Chief and Managing Editor:

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

Editor, Executive Editor:

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

Editor, Web Editor:

Martina Kocbek Gajšt, MA, BA

Editorial Board:

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

Reader for Slovenian

Simona Jeretina, BA

Readers for English

Nina Bostič Bishop, MA, BA

Martina Paradiž, PhD, BA

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

E-mail: 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: 610 copies

Designed and printed by: Tiskarna knjigovoznica 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.

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

Kazalo / Contents

UVODNIK / LEADING ARTICLE

- Dokument Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege: nastanek, odzivi in izzivi
Document Professional competencies and activities of practitioners in nursing care: development, responses and challenges
Monika Ažman 264

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Factors affecting dental services accessibility: a qualitative study
Dejavniki dostopnosti zobozdravstvenih storitev: kvalitativna analiza
Miran Forjanič, Valerij Dermal, Valentina Prevolnik Rupel 269

- Sex life during pregnancy: survey among women
Spolno življenje v nosečnosti: anketa med ženskami
Tamara Košec, Anita Jug Došler, Mateja Kusterle, Ana Polona Mivšek 280

- Vpliv porodnih praks na porodno izkušnjo v institucionalni oskrbi:
sekundarna analiza kvalitativnih podatkov
The impact of childbirth practices in institutionalised care on childbirth experience:
qualitative secondary analysis
Mirko Prosen 288

- Odnos diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v zdravstveni dejavnosti na primarni in terciarni ravni, do raziskovanja v zdravstveni negi
Attitudes of registered nurses employed in primary and tertiary health care towards research in nursing
Filip Krajnc, Saša Kadivec 300

- Perspektiva študentov zdravstvene nege do istospolno usmerjenih: opisna raziskava
The attitudes of nursing students towards homosexuals: a descriptive research
Danijela Šavli, Sabina Ličen 309

