

# Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



54(1)

Ljubljana 2020

## **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. Árun 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](mailto: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: 600 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 2020 Letnik 54 Številka 1  
Ljubljana 2020 Volume 54 Number 1

## 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 / EDITORIAL**

- It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: marking the International Year of the Nurse and the Midwife  
 Čas je za klinične specializacije in napredno zdravstveno nego: ob mednarodnem letu medicinskih sester in babic  
*Brigita Skela-Savič* 4

**IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE**

- Potrebe svojcev pacientov po nezgodni poškodbi glave: kvalitativna raziskava  
 Family members' needs after a traumatic brain injury: a qualitative study  
*Klavdija Potočnik, Janez Ravnik, Mateja Lorber* 12
- Izkušnje partnerjev s prisotnostjo pri porodu: kvalitativna deskriptivna raziskava  
 Partners' experiences related to their presence at childbirth: a qualitative descriptive research  
*Anita Bezeljak, Ana Polona Mivšek, Petra Petročnik* 21
- Veljavnost in zanesljivost vprašalnika o potencialnih dejavnikih stresa zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah: kavzalno-neeksperimentalna metoda  
 Validity and reliability of a questionnaire on potential stressors for nursing care staff in Slovenian hospitals: a causal non-experimental method  
*Mojca Dobnik, Matjaž Maletič, Brigita Skela-Savič* 29
- Znanje, odnos in dojemanje dela s starejšimi osebami pri zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše: eksplorativna raziskava  
 Knowledge, attitude and understanding of work with the elderly of nursing care employees in nursing homes: explorative research  
*Brigita Skela-Savič, Simona Hvalič Touzery* 38

**PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE**

- Zdravstvena nega pacienta, ki je samomorilno ogrožen: pregled literature  
 Nursing of patients at a risk of suicide: literature review  
*Petra Vršnik, Branko Bregar* 52
- Opis, analiza in vrednotenje teorije medosebnih odnosov Hildegard E. Peplau v pediatrični zdravstveni negi  
 Description, analysis and evaluation of the Interpersonal Relations Theory by Hildegard E. Peplau in pediatric nursing  
*Leona Cilar, Majda Pajnkihar* 64

Editorial / Uvodnik

## It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: marking the International Year of the Nurse and the Midwife

Čas je za klinične specializacije in napredno zdravstveno nego: ob mednarodnem letu medicinskih sester in babic

Brigita Skela-Savič<sup>1,\*</sup>

In 2019 we celebrated the 100th anniversary of the beginning of Angela Boškin's career as the first professionally trained nurse, and the 120th anniversary of the International Nursing Council. We have now entered the year 2020, which has been declared by the World Health Organization (WHO) to be the International Year of the Nurse and the Midwife and which also commemorates the 200th birthday of Florence Nightingale. Such a wealth of memories and opportunities to evaluate what has been accomplished and plan for the future! Many of the events taking place locally and globally in commemoration of the International Year of the Nurse and the Midwife are part of the three-year Nursing Now campaign, which was launched in 2018 and will continue throughout 2020.

The campaign highlights five key areas: 1) nurses and midwives must be given a more prominent voice in health policy making; 2) greater investment in human resources in nursing and midwifery is required; 3) nurses and midwives should hold leadership positions in health care on an equal footing with other profiles; 4) encouraging research aimed at identifying the direct contribution of nursing and midwifery care to disease prevention and treatment in society; 5) health systems should follow the best practices in nursing and midwifery care and implement them with the aim of achieving effective and accessible health care (All-Party Parliamentary Group [APPG] on Global Health, 2016).

The multifaceted objectives of these three-year efforts directed towards emphasising the prominent role of nurses and midwives in the healthcare system and society are grounded in scientific research. They aim to alert national officials to the fact that nurses and midwives play a vital role in ensuring access, efficiency and quality of care (International Center

on Nurse Migration [ICNM], 2018), as the WHO has made it clear that universal health coverage cannot be achieved without an active role played by nurses and midwives (World Health Organization [WHO], 2015). Raising awareness of this fact and promoting the measures to adequately change the role and status of both professional groups in society has received special support by WHO Director-General Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Anon., 2020). Thus, in 2019, the WHO launched a data-collection project with the aim of issuing a report on the global state of the nursing workforce, entitled The State of the World's Nursing Report, which is to be presented on the International Health Day, i.e., on 7 April 2020. Data is also being collected for midwifery personnel. The report aims to influence governments and their officials to invest in the development of the nursing practice and personnel. In 2019, a report was published on the recruitment of nursing personnel and the effects thereof on patient safety and work safety for health professionals (Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses [SPSC & ICN], 2019). Recommendations were presented in terms of the registered nurse-to-patient staffing ratio by respective fields of practice. Here are some practical examples: intensive care 1 RN : 1 patient; post anaesthesia recovery 1:2; paediatrics unit 1:4; emergency room 1:2; medical surgical unit 1:4; oncology 1:3. The aim of such recommendations on safety standards and risks posed by "malnourished" staffing policies is to urge healthcare officials and healthcare funders to revise the existing staffing standards. In this context, Aiken and colleagues (2018) point out that at least 80 % of all nursing personnel should hold a bachelor's degree. These guidelines were first adopted by the United States, and later also by other countries, e.g. Ireland, the United Kingdom, etc. Traditional healthcare systems in Europe have

<sup>1</sup> Angela Boškin Faculty of Health Care, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenia

\* Corresponding author / Korespondenčni avtor: bskelasavic@fzab.si



struggled to meet the increasing demands for health services resulting from a long-lived society. These policies are predominantly aimed at solving the problems pertaining to doctors, but fail to pay adequate attention to other professional profiles. For years, such has been the attitude of the Slovene health policy, with Slovene nurses and midwives experiencing increasing workloads, poor pay for demanding work, poor working conditions and strained relationships at the workplace, in addition to not having their contribution to patient outcomes recognised. Some of these shortcomings are highlighted in a doctoral dissertation by Mojca Dobnik (Dobnik, et al., 2018). Furthermore, the low number of registered nurses (RNs, i.e., nurses with a bachelor's degree) per 1000 people, coupled with hindering their professional development at the level of clinical specialisations and advanced nursing practices, presents a serious problem. In Slovenia, the practice which has been gaining ground is that of RNs completing postgraduate training for certain professional roles through non-accredited educational programmes designed within narrow circles and aimed primarily towards relieving doctors of their workload. Such training equips students with the ability to perform the tasks and duties of physicians. Upon completion of such a training programme, students at the Nurses and Midwives Association of Slovenia hold specialised skills. This setup has formed the basis for the establishment of reference outpatient clinics, family medicine clinics, and community psychiatry clinics, which are currently being established at the primary level. It is interesting to note that these registered nurses are not encouraged to complete a formal postgraduate clinical specialisation and thereby raise their educational attainment, salary, autonomy and professional status. This is the actual state of affairs within the country, while outwardly – in various reports and research articles – these healthcare practitioners are portrayed as clinical nurse specialists within a particular field of practice or as providers of advanced nursing care, which is not in accordance with their actual status in Slovenia.

Durey and colleagues (2014) describe the diverse pathways towards the acquisition of specialised and specialist knowledge in Europe, in both undergraduate and postgraduate education. A clear distinction must be made between the provision of nursing within a specialised field on one hand and specialised nursing practice on the other, as the latter requires clinical specialisation. A clinical nurse specialist is able to perform clinical audits, makes independent clinical decisions, performs clinical supervision, is responsible for the development of research-based practice, provides professional support to employees, trains them and is involved in specialised training (Nursing and Midwifery Council [NMC], 2001). Clinical specialisation is now recognised as advanced

nursing practice within a clinical specialty, and requires the completion of training of at least level 7 of the European Qualifications Framework, which is equivalent to at least a professional master's degree (European Specialist Nurses Organisations [ESNO], 2016).

Thus, in 2020, in light of these briefly outlined issues pertaining to competency-based post-graduate training in Slovenia, the new guidelines for advanced nursing practice prepared by the International Council of Nurses (ICN) (2020) will certainly make a significant impact. These guidelines make a clear distinction between: 1) specialised knowledge within nursing (in Slovenia we refer to this as *specialna znanja*, i.e. special skills or special knowledge), 2) clinical specialisation in nursing, and 3) advanced nursing practice and care. As it clearly defines the levels of postgraduate nursing education, this document will be of central importance to the developers of the Slovenian nursing development strategy for the period from 2020 to 2030 period. The following section summarises what we can expect in the new guidelines for advanced nursing practice (ICN, 2020) and existing recommendations for clinical specialisations (ESNO, 2015) and advanced nursing practice (Bryant-Lukosius & Martin-Misener, 2016).

### *Specialised or special knowledge*

Postgraduate education in specialised nursing requires the deepening of knowledge in a particular field of nursing practice and is not related to advanced healthcare proceedings of clinical problems. In fact, in making clinical decisions pertaining to the patient, a registered nurse with specialised skills is also dependent on the physician who monitors and validates their clinical decisions. This is the rationale behind performance algorithms. Entry into such educational training requires considerable professional experience. Training is provided in the form of specialised clinical modules at the workplace or beyond. While there are no international recommendations in this field, such training should not be a substitute for ensuring clinical specialisation in the country (ESNO, 2015; ICN, 2020).

### *Clinical specialisation*

The minimum educational standard for the attainment of clinical specialisation (i.e., Clinical Nurse Specialist) is a professional master's degree obtained through a study programme with clearly defined specialised clinical content and extensive clinical training. The study programme must be accredited within the nursing departments of colleges/schools which are recognised as suitable for the delivery of such educational training. The clinical nurse specialist's field of practice is primarily

secondary and tertiary health care. The recognised clinical areas are defined according to the population group (paediatrics, geriatrics, women's health), environment of practice (emergency states, intensive care), subspecialties (oncology, diabetes), type of disease treatment (psychiatry, rehabilitation), or type of disease problems (pain, wounds, incontinence). Clinical training also includes health promotion, risk factors assessment, symptom management, and addressing functional problems associated with the medical conditions covered by a clinical specialist. The clinical nurse specialist provides direct specialist health care which involves the provision of patient-centred care with regard to the clinical problem, clinical audit, independent clinical decision making, and the search for health resources and deficits. Such nursing care must be evidence-based. Clinical nurse specialists must monitor their own work, be responsible for the development of the clinical field, organising and monitoring it, and engage in research within their specialised field of clinical practice. They must be able to act independently within multidisciplinary teams, which enable consultation and collaboration between clinical specialists in nursing and medicine (NMC, 2001; ESNO, 2015; ICN, 2020).

### *Advanced practice nursing*

Educational training in advanced practice nursing focuses primarily on the problems of the primary level of care. The minimum prerequisite for autonomous work is a master's degree in advanced nursing at the primary level, while in the US, a professional doctoral degree is required. The study programme must be accredited within nursing departments of colleges/schools which are recognised as suitable for the delivery of education. Holders of a master's degree in advanced practice nursing (i.e., advanced practice nurses) are trained to take a holistic approach to patient care at the primary level, which in some countries includes, in addition to diagnosing and taking responsibility for treating disease conditions (both acute and chronic), also prescribing medications. In the context of the European area, i.e., in England, Ireland, Scotland, Wales, Finland, the Netherlands, etc., advanced practice nurses have the ability to also prescribe medications (Maier & Aiken, 2016). They address various medical conditions on the basis of evidence-based guidelines, which incorporate a holistic approach to the treatment of medical conditions. Advanced practice nurses also play an important role in the field of disease prevention and the efficiency of the health system. It is of paramount importance that the study programme includes guided clinical training within a clinical setting. There is also a prescribed minimum number of hours of training, which should be undertaken under the mentorship of an experienced medical doctor or holder of a master's

degree in nursing. The countries with an established practice in this field require a minimum of 500 hours of such clinical training (ESNO, 2015; Bryant-Lukosius & Martin-Misener, 2016; ICN, 2020). Advanced practice nurses most often work at the primary level of care in family medicine, care of children and adolescents, elderly care, and acute care. They thus provide care to a complex population with a diverse array of health problems. They act independently, assume responsibility for patient health and their own work, cooperate with other health professionals, perform advanced holistic health assessments, plan investigation tests, provide direct clinical care to patients with un-diagnosed conditions, prescribe medications, monitor and evaluate the activities performed. They also have the authority to refer and admit patients. Advanced practice nurses provide evidence-based care. They also monitor their own work and engage in clinical research work in their field of practice. They act independently within multidisciplinary teams which enable them to benefit from consultations and collaboration between advanced practice nurses and clinical medical specialists in their field of practice.

The difference between a clinical nurse specialist and an advanced practice nurse is that the former works as an expert within a limited field of practice, is less often confronted with systemic perspectives of health care delivery, but is instead provided more indirect support for quality clinical work (education, publishing, professional guidance, research), while the latter targets the needs of the healthy and unhealthy population groups alike, most often within primary care, and provides care in both acute and chronic treatment of medical conditions, while also engaging in preventive health care within a highly diverse clinical setting. Compared to a clinical nursing specialist, an advanced practice nurse is hence much more involved in independent clinical work and assumes systemic responsibility for the outcomes of medical treatment.

### *How to proceed?*

The OECD study (Maier, et al., 2017) places Slovenia in the group of countries with the least developed advanced practice skills. Researchers assign the existing training programmes the status of advanced skills and advanced roles within the healthcare team and do not recognise them as advanced training. The interventions are conducted under the supervision of a medical doctor; they are performed by registered nurses listed according to their field of practice ("reference nurses", "health promotion nurse", "family nurse").

In Slovenia, the pathways to clinical specialisation and advanced nursing practice are long, as the accredited master's programmes do not offer the aforementioned clinical content or guided clinical training. In most developed countries, a professional master's degree



takes one year, while a bachelor's degree takes four years to complete. Therefore, bachelor's degree programmes in nursing should be redesigned to the level of a four-year academic bachelor's degree programme in Slovenia, which will allow for the adequate implementation of the competences prescribed in the European Directive (2013/55/EU), such as, for example, evidence-based practice. It will also enable a deepening of professional and specialised knowledge in the field of public health problems of contemporary society. With this change, nursing graduates (registered nurses) will have received a broad educational training conducive to their further development within the clinical setting of their field of practice. Most countries have extended their study programmes in nursing to four years, as the RN4CAST survey clearly showed that treatment outcomes were better in patients treated by nurses with academic bachelor's degrees rather than those with professional bachelor's degrees (Aiken, 2014, 2018). Upon the transition to four-year programmes, the master's degree will be reduced to one year. Master's degree programmes must target different fields of clinical practice, which should be defined at the national level as clinical specialisations and master's degrees in advanced practice care at the primary level. This transition requires professional, multidisciplinary as well as political agreement. Application of specialised knowledge in the implementation of clinical specialisation or advanced nursing competences is professionally unacceptable, as the required level of training to obtain specialised knowledge cannot be compared to the competences acquired through a master's degree programme. Therefore, the professional association and faculties must firmly reject all attempts at the implementation of advanced nursing practice at the primary level and specialist nursing practice at the secondary and tertiary levels.

### *Slovenian translation / Prevod v slovenščino*

Za nami je leto 2019, ko smo praznovali 100-letnico začetka poklicnega dela prve šolane skrbstvene sestre Angele Boškin in 120-letnico ustanovitve Mednarodnega sveta medicinskih sester. Vstopili smo v leto 2020, ki ga je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) razglasila za mednarodno leto medicinskih sester in babic in je posvečeno spominu na 200 let rojstva Florence Nightingale. Kako velika koncentracija spominov in priložnosti za vrednotenje doseženega in snovanje načrtov za prihodnost! Številni dogodki, ki doma in v svetu potekajo ob mednarodnem letu medicinskih sester in babic, so del triletna kampanje »Nursing now« ali »Medicinske sestre in babice zdaj«, ki se je pričela v letu 2018 in se zaključuje konec leta 2020.

Kampanja opozarja na pet ključnih področij: 1) medicinske sestre in babice morajo imeti pomembnejši

glas pri oblikovanju zdravstvene politike; 2) potrebno je večje vlaganje v kadrovske vire v zdravstveni in babiški negi; 3) medicinske sestre in babice naj enakovredno z drugimi profili zasedajo vodstvene položaje v zdravstvu; 4) omogočijo naj se raziskave, ki opredelijo neposreden prispevek zdravstvene in babiške nege k preprečevanju in zdravljenju bolezni v družbi; 5) zdravstveni sistemi naj se zgledujejo po najboljših praksah v zdravstveni in babiški negi ter jih implementirajo v korist učinkovitega in dostopnega zdravstva (All-Party Parliamentary Group [APPG] on Global Health, 2016).

Cilji triletnega opozarjanja na vlogo medicinskih sester in babic v zdravstvenem sistemu in družbi so večplastni, izhajajo iz spoznanj številnih raziskav in opozarjajo politike na državni ravni, da so medicinske sestre in babice izjemno pomemben člen pri zagotavljanju dostopnosti, učinkovitosti in kakovosti zdravstvene obravnave (International Centre on Nurse Migration [ICNM], 2018), saj SZO jasno opredeli, da dostopnega zdravja za vse (Universal Health Coverage) ne moremo doseči brez aktivne vloge medicinskih sester in babic (World Health Organization [WHO], 2015). Poseben pečat in podporo širitvi tega zavedanja in spodbujanja ukrepov, ki bi spremenili vlogo in status obeh poklicnih skupin v družbi, daje generalni direktor SZO dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Anon., 2020). SZO je tako v letu 2019 zbirala podatke za izdelavo svetovnega poročila o stanju kadra v zdravstveni negi v svetu z naslovom *The State of the World's Nursing Report*, ki bo predstavljeno 7. aprila 2020 ob mednarodnem dnevu zdravja. Prav tako se podatki zbirajo za babice. SZO želi s poročilom vplivati na države in njihove politike, da investirajo v razvoj zdravstvene nege in medicinskih sester. V letu 2019 je bilo objavljeno tudi poročilo o zaposlovanju kadra v zdravstveni negi in njegovi povezanosti z varnostjo pacientov ter varnostjo dela za zdravstvene delavce (Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses [SPSC & ICN], 2019). Predstavljena so bila priporočila za razmerje med diplomirano medicinsko sestro (dipl. m. s., ang. RN) in največjim številom pacientov po strokovnih področjih. Naj navedemo nekaj primerov iz prakse: intenzivna terapija 1 dipl. m. s. / 1 pacient, prebujanje po anesteziji 1 / 2, pediatrični oddelek 1 / 4, urgentni oddelek 1 / 2, internistični ali kirurški oddelek 1 / 4, onkološki oddelek 1/3. Priporočila o varnih normativih in nevarnostih, ki so posledica »podhranjene« kadrovske politike, usmerjajo odgovorne v zdravstvu in financerje v zdravstvu, da prenovijo obstoječe kadrovske normative. Tako Aiken in sodelavci (2018) opozorijo, da je v zdravstveni negi treba zagotavljati vsaj 80 % visokošolsko izobraženih medicinskih sester. Temu sledijo najprej ZDA, pa tudi Irska, Velika Britanija idr.

Tradicionalne zdravstvene politike v Evropi imajo ob vse večjem povpraševanju po zdravstvenih storitvah, ki so posledica dolgožive družbe, vedno

večje težave. Usmerjene so predvsem v reševanje problemov zdravnikov, ostalim poklicnim skupinam ne dajejo ustrezne pozornosti. Takšen odnos zdravstvene politike že leta spremlja slovenske medicinske sestre in babice, ki se srečujejo z vedno večjimi delovnimi obremenitvami, slabim plačilom za zahtevno delo, slabimi pogoji dela in odnosi na delovnem mestu, nepriznavanjem njihovega prispevka k izidom zdravstvene obravnave idr. Na nekatere od naštetih pomanjkljivosti opozori doktorska disertacija Mojce Dobnik (Dobnik, et al., 2018). Velik problem predstavljata majhno število diplomiranih medicinskih sester na 1000 prebivalcev ter onemogočanje njihovega razvoja na ravni kliničnih specializacij in naprednih oblik dela. V Sloveniji se uveljavlja praksa, da se diplomirane medicinske sestre podiplomsko izobrazijo za določene delovne naloge na neakreditiranih izobraževalnih programih, ki so pripravljeni v ozkih krogih in usmerjeni predvsem v razbremenitev zdravnikov. Gre za izobraževanja, ki slušatelje usposobijo, da izvedejo dela in naloge zdravnikov. Po končani izvedbi programa slušatelji na Zbornici - Zvezi pridobijo specialna znanja. Tako so nastale referenčne ambulante, danes ambulante družinske medicine, trenutno se vzpostavljajo še ambulante skupnostne psihiatrije na primarni ravni. Zanimivo je, da se teh diplomiranih medicinskih sester ne spodbudi, da bi zaključile formalno podiplomsko klinično specializacijo, si s tem dvignile raven izobrazbe, plačo, avtonomijo in poklicni status. Tako je znotraj države, navzven pa jih v raznih poročilih in znanstvenih člankih prikazujemo kot klinične specialiste določenega področja ali kot izvajalke napredne zdravstvene nege, kar ni skladno z njihovim dejanskim statusom v Sloveniji.

Durey in sodelavci (2014) opisujejo raznolikost pridobivanja specialnih in specialističnih znanj v Evropi, ki je vezana tako na dodiplomski študij kot na podiplomsko izobraževanje. Jasno je treba ločiti med izvajanjem zdravstvene nege na specialnem področju in izvajanjem specialistične zdravstvene nege, za katero je potrebna klinična specializacija. Klinični specialist izvaja klinično presojo, samostojno sprejema klinične odločitve, izvaja klinični nadzor, odgovarja za razvoj prakse na osnovi raziskav, daje strokovno podporo zaposlenim, jih uči in se vključuje v usposabljanje specialistov (Nursing and Midwifery Council [NMC], 2001). Klinična specializacija je danes prepoznana kot napredna zdravstvena nega na ožjem strokovnem področju; izobraževanje zanjo sodi najmanj na sedmo raven Evropskega kvalifikacijskega okvira, kar ustreza stopnji strokovni magisterij (European Specialist Nurses Organisations [ESNO], 2015).

V letu 2020 bodo tako – ob delčku opisane slovenske problematike izobraževanja za prevzem kompetenc po zaključenem dodiplomskem študiju – zagotovo imele pomembno težo nove smernice za napredno zdravstveno nego, ki jih pripravlja Mednarodni svet

medicinskih sester (International Council of Nurses [ICN], 2020). Te jasno ločijo med: 1) specializiranimi znanji v zdravstveni negi (v našem prostoru jih poimenujemo specialna znanja), 2) klinično specializacijo v zdravstveni negi ter 3) napredno zdravstveno nego in obravnavo. Dokument bo ključnega pomena za pripravljavce strategije razvoja zdravstvene nege v obdobju med 2020 in 2030, saj jasno opredeli nivoje podiplomskega izobraževanja v zdravstveni negi. V nadaljevanju povzemamo, kaj lahko pričakujemo v novih smernicah za napredno zdravstveno nego (ICN, 2020) in že objavljenih priporočilih za klinične specializacije (ESNO, 2015) in napredno zdravstveno nego (Bryant-Lukosius & Martin-Misener, 2016).

### *Specializirana ali specialna znanja*

Podiplomsko izobraževanje za specialna znanja v zdravstveni negi (*Specialised Nurse*) zahteva poglobljanje znanja na določenem strokovnem področju zdravstvene nege in ni povezano z napredno zdravstveno obravnavo kliničnih problemov. Dejstvo je, da je diplomirana medicinska sestra s specialnimi znanji pri sprejemanju kliničnih odločitev, povezanih s pacientom, soodvisna od zdravnika, ki njene odločitve spremlja in potrdi. Zato so izdelani algoritmi delovanja. Za vključitev v tovrstno izobraževanje so potrebne daljše strokovne izkušnje. Izobraževanje poteka v obliki specializiranih kliničnih modulov na delovnem mestu ali izven njega. Mednarodnih priporočil na tem področju ni, vendar tovrstno izobraževanje ne sme biti nadomestilo za zagotavljanje kliničnih specializacij v državi (ICN, 2020).

### *Klinična specializacija*

Minimalni standard izobraževanja za pridobitev klinične specializacije (Clinical Nurse Specialist) je strokovni magisterij z jasnimi specializiranimi kliničnimi vsebinami v študijskem programu in obsežnim delom kliničnega usposabljanja. Študijski program mora biti akreditiran v okviru oddelkov za zdravstveno nego fakultet / šol, ki so prepoznane kot ustrezne za izvajanje predvidenega izobraževanja. Področje delovanje kliničnega specialista je predvsem na sekundarni in terciarni zdravstveni obravnavi. Prepoznana klinična področja so definirana glede na populacijo (pediatrija, geriatrija, zdravje žensk), okolje delovanja (urgentna stanja, intenzivna terapija), subspecialnosti (onkologija, diabetes), vrsto zdravstvene obravnave (psihiatrija, rehabilitacija) ali vrste zdravstvenih problemov (bolečina, rane, inkontinenca). Klinično usposabljanje vključuje tudi promocijo zdravja, dejavnike tveganja, management simptomov in funkcijskih problemov, povezanih z bolezenskimi stanji, ki jih pokriva klinični specialist. Klinični specialist v zdravstveni negi zagotavlja

neposredno specialistično zdravstveno obravnavo, ki vključuje na posameznika osredotočeno obravnavo kliničnega problema, klinično presojo, samostojno sprejemanje kliničnih odločitev, iskanje resursov in deficitov v zdravju. Izvajana obravnavna mora biti podprta z dokazi. Klinični specialist mora spremljati lastno delo, odgovarjati za razvoj kliničnega področja, ga organizirati, spremljati in se vključevati v raziskovalno delo na specializiranem kliničnem področju. V medpoklicnem timu, ki mu omogoča konzultacije ter sodelovalno delo med kliničnimi specialisti v zdravstveni negi in medicini, deluje samostojno (NMC, 2001; ESNO, 2015; ICN, 2020).

### *Napredna zdravstvena nega in obravnavna*

Izobraževanje za napredno zdravstveno nego je usmerjeno predvsem na probleme primarne ravni. Minimalni pogoj za samostojno delo je zaključen strokovni magistrski napredne zdravstvene nege in zdravstvene obravnave na primarni ravni, medtem ko v ZDA že zahtevajo izobrazbo na ravni strokovnega doktorata, ki ga v Evropi ne izvajamo. Študijski program mora biti akreditiran v okviru oddelkov za zdravstveno nego fakultet / šol, ki so prepoznane kot ustrezne za izvajanje izobraževanja. Magister napredne zdravstvene nege je usposobljen za celostni pristop k pacientu na primarni ravni, kar v nekaterih državah vključuje poleg postavitve diagnoze in prevzemanja odgovornosti za zdravljenje bolezenskih stanj, tako na področju akutnih kot kroničnih stanj, tudi predpisovanje zdravil. Če pogledamo samo evropski prostor, magistri napredne zdravstvene nege predpisovanje zdravil izvajajo v Angliji, Irski, Škotski, Walesu, Finski, Nizozemski idr. (Maier & Aiken, 2016). Različna bolezenska stanja so obravnavana na osnovi smernic, podprtih z dokazi, ki vključujejo celostni pristop pri obravnavi bolezenskega stanja. Magister napredne zdravstvene nege ima pomembno vlogo tudi na področju preprečevanja bolezni in učinkovitosti zdravstvenega sistema. Izjemnega pomena je, da izobraževanje vključuje vodeno klinično usposabljanje v kliničnem okolju. Predpisane so tudi minimalne ure usposabljanja pod mentorstvom izkušenega zdravnika ali magistra zdravstvene nege. Države, ki imajo že razvito prakso na tem področju, zahtevajo minimalno 500 ur opisanega kliničnega usposabljanja (ESNO, 2015; Bryant-Lukosius & Martin-Misener, 2016; ICN, 2020). Magister napredne zdravstvene nege najpogosteje deluje na primarni ravni v družinski obravnavi, zdravstveni obravnavi otrok in mladostnikov, obravnavi starejših in akutni zdravstveni obravnavi. Obravnavna torej kompleksno populacijo z raznolikimi zdravstvenimi problemi. Deluje samostojno, prevzema odgovornost za zdravje obravnavanih in svoje delo ter deluje sodelovalno z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki, izvaja napredno celostno zdravstveno oceno zdravstvenega stanja,

načrtuje diagnostične preiskave, postavi diagnozo zdravstvenega stanja, predpiše terapijo, spremlja in evalvira izvedene aktivnosti. Poleg tega ima pooblastila za napatitev in sprejem pacienta. Obravnavna, ki jo izvaja, je podprta z dokazi. Izvaja tudi spremljanje lastnega dela in se vključuje v raziskovalno delo na kliničnem področju delovanja. Deluje samostojno v med-poklicnem timu, ki omogoča konzultacije in sodelovalno delo med magistri napredne zdravstvene nege in kliničnimi specialisti medicine na področju kjer deluje.

Razlika med kliničnim specialistom v zdravstveni negi in magistrstvom napredne zdravstvene nege je predvsem v tem, da prvi deluje kot strokovnjak na omejenem področju, manj se sooča s sistemskimi perspektivami za zagotavljanje zdravstvene oskrbe, več pa s posredno podporo za kakovostno klinično delo (izobraževanjem, publiciranjem, strokovnim vodenjem, raziskovanjem), medtem ko se drugi usmerja v potrebe zdrave in bolne populacije, najpogosteje na primarni ravni, in vključuje tako akutno kot kronično obravnavo bolezenskih stanj ter preventivo v zelo raznolikem kliničnem okolju. Zato je magister napredne zdravstvene nege v primerjavi s kliničnim specialistom zdravstvene nege mnogo bolj vključen v samostojno klinično delo in prevzema sistemsko odgovornost za izide zdravstvene obravnave.

### *Kako naprej?*

Študija OECD (Maier, et al., 2017) je Slovenijo umestila v skupino držav, ki ima najmanj razvita napredna znanja. Raziskovalci so obstoječim izobraževalnim programom dodelili status razširjenih znanj in razširjene vloge v zdravstvenem timu ter jih ne priznavajo kot napredno izobraževanje. Intervencije, ki jih izvajajo, potekajo pod nadzorom zdravnika; izvajajo jih diplomirane medicinske sestre, ki jih v dokumentu poimenujejo glede na področje delovanja (»reference nurses«, »health promotion nurse«, »family nurse«).

Pot do kliničnih specializacij in napredne zdravstvene nege je v Sloveniji še dolga, saj akreditirani magistrski programi še ne ponujajo dovolj zgoraj opisanih kliničnih vsebin in vodenega kliničnega usposabljanja. V večini razvitih držav strokovni magistrski študij traja eno leto, dodiplomski študij pa štiri leta. Zato je v Sloveniji treba študij zdravstvene nege na dodiplomski ravni preoblikovati na raven štiriletnega univerzitetnega programa, kar bo omogočilo zadostno implementacijo kompetenc, ki so predpisane v evropski direktivi (Directive, 2013), kot je na primer delovanje, podprto z dokazi. Možna bo tudi poglobitev strokovnih in specialističnih znanj s področja javnozdravstvenih problemov sodobne družbe. S to spremembo bo diplomant zdravstvene nege dobil široko izobrazbo za nadaljnji razvoj v kliničnem okolju, kjer bo deloval. Večina držav je študij podaljšala na štiri leta, saj

je raziskava RN4CAST jasno pokazala, da so izidi zdravstvene obravnave boljši pri pacientih, če so jih obravnavale univerzitetno izobražene medicinske sestre v primerjavi z visokostrokovno izobraženimi (Aiken, 2014, 2018). Ob prehodu v štiriletne programe se bo magistrski študij skrajšal na eno leto. Magisteriji morajo biti usmerjeni v različna klinična področja, ki morajo biti opredeljena na ravni države kot klinične specializacije in magisterij za napredno zdravstveno obravnavo na primarni ravni. Za ta prehod je potreben strokovni, medpoklicni in politični dogovor. Uporaba specialnih znanj za izvajanje kompetenc klinične specializacije ali napredne zdravstvene nege je strokovno nedopustna, saj je zahtevani obseg izobraževanja za specialna znanja neprimerljiv z magistrsko ravno kompetenc. Zato morajo strokovno združenje in fakultete ostro zavrniti vse poskuse, da se s specialnimi znanji izvaja napredna zdravstvena nega na primarni ravni ter specialistična zdravstvena nega na sekundarni in terciarni ravni.

## Literature

- Aiken, L., Cerón, C., Simonetti, M., Lake, E.T., Garbarini, A., Soto, P., et al., 2018. Hospital nurse staffing and patient outcomes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), pp. 322–327. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.04.011>
- Aiken, L.H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A.M., Bruyneel, L., McHugh, M., et al., 2017. RN4CAST Consortium. Nursing skill mix in European hospitals: a cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality and Safety*, 26(7), pp. 559–568. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567> PMID: 28626086; PMCID: PMC5477662
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp. 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- All-Party Parliamentary Group (APPG) on Global Health, 2016. *Triple Impact: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth*. London: All-Party Parliamentary Group (APPG) on Global Health. Available at: <https://www.who.int/en/com-heeg/digital-APPG-triple-impact.pdf?ua=1> [25. 2. 2020].
- Anon., 2020. Interview for Soins Infirmières with Tedros Adhan Ghebreyesus, Director-General of the World Health Organization. *Utrip*, 29(2), pp. 4–8.
- Bryant-Lukosius, D. & Martin-Misener, R., 2016. Advanced practice nursing: an essential component of country level human resources for health. *ICN Policy Brief*. Available at: [https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN\\_PolicyBrief6AdvancedPracticeNursing.pdf](https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN_PolicyBrief6AdvancedPracticeNursing.pdf) [25. 2. 2020].
- Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. *Official Journal of the European Union*, L354/132. Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [2. 12. 2019].
- Dobnik M., Maletic M. & Skela-Savic, B., 2018. Work-related stress factors in nurses at Slovenian hospitals: a cross-sectional study. *Health Care*, 57(4), pp. 192–200. <https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0024> PMID: 30294360; PMCID: PMC6172526
- Dury, C., Hall, C., Danan, J.L., Mondoux, J., Aguiar, Barbieri-Figueiredo, M.C., et al., 2014. Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. *International Nursing Review*, 61(4), pp. 454–462. <https://doi.org/10.1111/inr.12123> PMID: 25214392
- European Specialist Nurses Organisations (ESNO), 2015. *Clinical nurse specialist competencies (CNS): a common pipeline of competencies for the common training framework of each specialty*. S.l.: European Specialist Nurses Organisations. Available at: [https://esgena.org/assets/downloads/pdfs/general/esgena\\_esno\\_statement\\_competences.pdf](https://esgena.org/assets/downloads/pdfs/general/esgena_esno_statement_competences.pdf) [24. 2. 2020].
- International Center on Nurse Migration (ICNM), 2018. *Policy brief: nurse retention*. Philadelphia: International Center on Nurse Migration. Available at: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018\\_ICNM%20Nurse%20retention.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018_ICNM%20Nurse%20retention.pdf) [24. 2. 2020].
- International Council of Nurses (ICN), 2020. *Guidelines on advanced nursing practice*. Geneva: International Council of Nurses. In print.
- Maier, C.B. & Aiken, L., 2016. Task shifts from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health*, 26(6), pp. 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098> PMID: 27485719
- Maier, C., Aiken, L. & Busse, R., 2017. “Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation”. *OECD Health Working Papers*, 98. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>
- Nursing and Midwifery Council (NMC), 2001. *Standards for specialist education and practice*. S.l.: Nursing and Midwifery Council. Available at: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-for-specialist-education-and-practice.pdf> [24. 2. 2020].

---

Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses (SPSC & ICN), 2019. Nurse staffing levels for patient safety and workforce safety. *SPSC and ICN White Paper*. Riyadh: Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses. Available at: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHITE%20PAPER%20on%20Nurse%20Staffing%20Levels%20For%20Patient%20Safety%20and%20Workforce%20Safety\\_1.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHITE%20PAPER%20on%20Nurse%20Staffing%20Levels%20For%20Patient%20Safety%20and%20Workforce%20Safety_1.pdf) [24. 2. 2020].

World Health Organization (WHO), 2015. *Tracking universal health coverage: first global monitoring report*. Geneva: World Health Organization. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977_eng.pdf?sequence=1) [24. 2. 2020].

---

*Cite as / Citirajte kot:*

Skela-Savič, B., 2020. It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: marking the International Year of the Nurse and the Midwife. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), pp. 4–11. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.3023>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

## Potrebe svojcev pacientov po nezgodni poškodbi glave: kvalitativna raziskava Family members' needs after a traumatic brain injury: a qualitative study

Klavdija Potočnik<sup>1,\*</sup>, Janez Ravnik<sup>1</sup>, Mateja Lorber<sup>2</sup>

**Ključne besede:** intervju; družina; zdravstvena nega; informacije; podpora; komunikacija

**Key words:** interview; family; nursing; information; support; communication

<sup>1</sup> Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija

<sup>2</sup> Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

\* Korespondenčni avtor /  
Corresponding author:  
klavdija.ursini@gmail.com

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Klavdije Potočnik *Ugotavljanje potreb svojcev pacientov po nezgodni poškodbi glave* (2018).

### IZVLEČEK

**Uvod:** Ugotavljanje potreb svojcev je pristop skrbi, usmerjene k družini, s končnim ciljem aktivne vloge pacientov in svojcev pri doseganju ravni zdravja. Namen raziskave je bil ugotoviti potrebe svojcev pacientov, ki so bili hospitalizirani zaradi nezgodne poškodbe glave.

**Metode:** Uporabljena je bila kvalitativna metodologija raziskovanja. Za pridobitev podatkov je bil uporabljen delno strukturiran intervju s svojci hospitaliziranih pacientov v začetku zdravljenja ter pred odpustom iz bolnišnice. V raziskavo je bilo vključenih deset svojcev pacientov, ki so utrpeli nezgodno poškodbo glave. Podatki so bili analizirani s pomočjo vsebinske analize.

**Rezultati:** Ugotovljeno je bilo, da imajo svojci pacientov z nezgodno poškodbo glave različne potrebe, ki se v času hospitalizacije spreminjajo. Kot glavni so izpostavili potrebo po informacijah in potrebo po podpori. Obe sta prisotni v obdobju celotne hospitalizacije, kljub temu pa pride do manjših sprememb v dejavnih, ki ju opredeljujejo. Na začetku hospitalizacije je prisotna še potreba po soočenju, ki se izraža skozi različne faze, kot so šok, zanikanje, pogajanje, jeza, žalost in strah. Ob zaključku hospitalizacije pa se izrazita še potreba po (ne)gotovosti in potreba po napredku.

**Diskusija in zaključek:** Ugotovljene so bile najpomembnejše potrebe svojcev pacientov po nezgodni poškodbi glave. Glede na ugotovitve bi bilo za optimalno zadovoljevanje potreb treba opolnomočiti zdravstveno osebje predvsem na področju zgodnje prepoznave potreb, komunikacije in sprejemanja svojca kot enakovrednega partnerja pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege.

### ABSTRACT

**Introduction:** Identifying the needs of family members is a family-oriented approach with an aim to help patients and their family members to actively participate in the recovery process. The aim of the study was to identify the needs of the family members of patients that had been hospitalized due to a traumatic brain injury.

**Methods:** A qualitative approach with semi-structured interviews with hospitalized patients' family members was used. The interviews were conducted at the start of the treatment and before the patients were discharged from the hospital. Ten family members of patients who had suffered traumatic brain injury participated in our study. Data were analyzed by content analysis.

**Results:** It has been found that family members of patients with traumatic brain injury have different needs that change during the hospitalization period. The need for information and the need for professional support were two major needs that the family members expressed. These two needs were constantly present and changed only slightly during hospitalization in terms of the factors that define them. At the beginning of hospitalization the need to confront the injury is also present and has several stages such as shock, denial, negotiation, anger, sadness and fear, was expressed. At the end of hospitalization, family members also expressed the need for (un)certainly and the need for progress.

**Discussion and conclusion:** The most important needs of family members of patients who had suffered a traumatic brain injury have been identified. In order to provide the best possible satisfaction of the needs, health workers who come into contact with family members of patients with traumatic brain injury should be given a sense of empowerment especially in terms of early identification of the needs, communication and acceptance of family members as equal partners in patient health care.



Prejeto / Received: 21. 11. 2018  
Sprejeto / Accepted: 16. 2. 2020

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2954>

## Uvod

Poškodbe glave in njihove posledice korenito spremenijo življenje preživelim, prizadenejo pa tudi njihove svojce in celotno družbo. Posledice poškodbe glave se kažejo na telesnem, duševnem, čustvenem in vedenjskem področju, povzročajo nezmožnost zaposlitve, socialno odvisnost in upad kakovosti življenja ponesrečencev pa tudi njihovih svojcev (Arango-Lasprilla, et al., 2010; Roy, et al., 2015). Ranljivost posameznih družinskih članov se razlikuje glede na starost, doživljanje stresa in vrsto obolenja. Raziskave so potrdile, da so svojci pri pacientih s težjimi poškodbami glave pod močnejšim psihološkim pritiskom, kar vodi v slabše medosebne odnose med zdravnikom in pacientom ter medicinsko sestro in pacientom (Liu, et al., 2015). Nonterah in sodelavci (2013) navajajo, da je ugotavljanje potreb svojcev pacientov z nezgodno poškodbo glave pristop skrbi, usmerjene k družini, s končnim ciljem aktivne vloge pacientov in svojcev pri doseganju ravni zdravja. Količina stiske, ki jo občuti svojec pacienta, je odvisna od različnih spremenljivk, kot so kakovost odnosa pred poškodbo, posebna predanost poškodovanemu, količina časa in dodatne odgovornosti, drugi sočasni življenjski stres in spretnost obvladovanja posameznika (Elbaum, 2019). Urbanc (2009) meni, da je treba zavzeti stališče, ki mora z razvojem prerasti v vrednoto slovenskih medicinskih sester: skrb za pacienta ne pomeni le terapije z zadovoljevanjem življenjskih potreb in izvajanjem postopkov, temveč izražanje skrbi – odnos skrbi, tolažbo in pomoč. Skrb ne pomeni le negovanja telesa, temveč negovanje duše, uma, osebe v holističnem pomenu, vključno z njenim okoljem – družino.

Svojci pogosto takoj po poškodbi zanikajo obstoj posledic same poškodbe, pozneje se pojavijo bes, jeza, anksioznost ter depresija (Nonterah, et al., 2013). Svojci si želijo predvsem razumljivih, iskrenih informacij, ki naj ne temeljijo na statistiki in posploševanju; želijo si informacij, ki se osebno navezujejo na njihovega bližnjega (Keenan & Lynn, 2010). Liu in sodelavci (2015) so ugotovili, da je potreba po informacijah večja pri svojcih pacientov, ki imajo hudo poškodbo glave, kot pri svojcih, katerih družinski član je utrpel blago ali zmerno poškodbo glave. Svojci si od zdravstvenega osebja želijo resničnih informacij, ki temeljijo na pacientovi prognozi, in tudi spodbudo, ki bi jim dala nadaljnje upanje za prihodnost. Norup in sodelavci (2015) so v mednarodni raziskavi ugotovili, da so potrebe svojcev, povezane z optimizmom in pričakovanji, pogosto spregledane. Svojci pacientov po nezgodni poškodbi glave so pogosto zaskrbljeni zaradi pričakovanih glede okrevanja, zato si želijo predvsem pogovora z zdravstvenim osebjem (Turner, et al., 2011). Zdravstveno osebo z zgodnjo prepoznavo potreb in spoštovanjem posameznika ustvarja zaupanja vredno okolje, ki spodbudno

deluje na svojce in njihove bližnje. Nekateri svojci se odzivajo z žalostjo, medtem ko drugi optimistično in z upanjem zrejo v prihodnost (Keenan & Lynn, 2010; Liu, et al., 2015). Liu in sodelavci (2015) izpostavljajo, da so medicinske sestre prepoznane kot ključne osebe, ki nudijo svojcem podporo v smislu spodbude, posredovanja informacij, dostopnosti ter zaupanja. Prav tako Pieper in Bear (2011) navajata, da so prav medicinske sestre sposobne zagotoviti informacije tako pacientom kot njihovim svojcem, saj so običajno v neposredni bližini pacientov in njihovih svojcev ter z njimi zelo pogosto komunicirajo. Odnosi, ki se razvijejo skozi mnoge intimne trenutke zdravstvene obravnave, so pogoj za celotno obravnavo pacienta (Liu, et al., 2015). Po mnenju raziskovalcev in oblikovalcev politike je zagotavljanje celostne (torej fizične, psihološke, socialne, čustvene in motivacijske) obravnave poškodovanih posameznikov vodilni pristop pri rehabilitaciji poškodb glave in dejavnik kakovostne oskrbe (Kontos, et al., 2012; Wright, et al., 2016). Ključne prednosti celostnega pristopa so prilagajanje potrebam posameznika ter prilagodljivost in ustvarjalni pristopi zdravstvenega varstva (Wright, et al., 2016). Keenan in Lynn (2010) izpostavljata, da je pri zagotavljanju celostne obravnave pacienta z nezgodno poškodbo glave ključnega pomena, da se v obravnavo vključi njegove svojce, njihove potrebe, izkušnje, stališča ter pričakovanja. Po mnenju Meixnerja in sodelavcev (2017) je treba imeti tudi ustrezno znanje o tem, kaj se s pacientom po poškodbi glave dogaja, ter sposobnost razumevanja družine.

## *Namen in cilji*

Namen raziskave je bil ugotoviti potrebe svojcev pacientov, ki imajo nezgodno poškodbo glave s spremljajočo okvaro možganov, v času hospitalizacije ter ugotoviti, ali se te potrebe med zdravljenjem v bolnišnici spremenijo. Na podlagi navedenega smo si zastavili naslednje raziskovalno vprašanje:

– Katere potrebe se pojavijo pri svojcih pacienta z nezgodno poškodbo glave v času hospitalizacije?

## Metode

V raziskavi smo uporabili kvalitativni raziskovalni pristop. Izvedli smo kvalitativno opisno raziskavo, ki raziskovalcu omogoča natančen opis raziskovalnega problema (Sandelowski, 2000). Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji in analizirani z metodo vsebinske analize (Hsieh & Shannon, 2005).

## *Opis instrumenta*

Za pridobitev podatkov smo uporabili delno strukturiran intervju. Po zaprosilu in privolitvi svojcev smo pridobili podatke o pacientu: spol, starost, stopnja zavesti, čas hospitalizacije, Glasgowska lestvica

kome (ang. *Glasgow coma scale* [GCS]), družinski status, sorodstveno razmerje, zaposlitveni status. Vse udeležence smo pred pričetkom raziskave pisno zaprosili za soglasje za sodelovanje v raziskavi, jih seznanili z namenom in cilji raziskave ter njihovimi pravicami. Po privolitvi svojcev smo izvedli intervjuje, v okviru katerih smo zastavili deset vprašanj odprtega tipa. Pred tem smo pripravili vodilo z desetimi odprtimi vprašanji, med katerimi so bila tri splošna in sedem usmerjenih vprašanj. Po potrebi smo za pridobitev podatkov zastavili še podvprašanja. Primer splošnih vprašanj: Mi lahko, prosim, poveste, kako se počutite oziroma kaj doživljate, odkar se je vaš družinski član poškodoval? Kaj vas trenutno najbolj skrbi? Kaj vam je v največjo pomoč, odkar se je vaš družinski član poškodoval?

Primer usmerjenih vprašanj: Kaj menite o tem, kako vam zdravstveno osebje posreduje informacije – ali zadovoljijo vaša pričakovanja? Kako ocenjujete podporo s strani zdravstvenega osebja? Imate občutek, da vas razumejo? Kaj je za vas v dani situaciji trenutno najpomembnejše? Kaj menite o zadovoljevanju vaših potreb? Kako se počutite glede lastnega vključevanja v zdravstveno nego ali zdravstveno oskrbo? Kakšno je vaše mnenje glede obiskov – imate dovolj časa, dovolj zasebnosti, kako se počutite v času obiska? Kaj bi svetovali nekomu, ki bi bil v podobni situaciji? Intervjuje smo posneli na magnetofonski trak in jih nato dobesedno zapisali.

### *Opis vzorca*

Uporabljeno je bilo namensko vzorčenje, saj omogoča pridobivanje mnenj ciljne populacije (Polit & Beck, 2017). V raziskavo smo vključili 10 svojcev pacientov, ki so utrpeli nezgodno poškodbo glave. Intervjuje, ki smo jih analizirali, smo izvedli s svojci pacientov, starejših od 18 let, ki so v času izvedbe raziskave utrpeli nezgodno poškodbo glave s spremljajočo okvaro možganov ter so bili hospitalizirani v eni izmed slovenskih bolnišnic. Svojci, ki so sodelovali v raziskavi, so bili v družinskem razmerju s sodelujočimi pacienti, ki so utrpeli nezgodno poškodbo glave, in stari med 23 in 64 let (povprečna starost je bila 44 let). Večina (86 %) sodelujočih je bilo žensk, 58 % je bilo s pacientom v partnerskem odnosu.

### *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov*

Po pridobitvi dovoljenj so bili v raziskavo vključeni le pacienti z nezgodno poškodbo glave in njihovi svojci. Od pričetka raziskave smo spremljali informacije o sprejetih pacientih z nezgodno poškodbo glave. Po pregledu zdravstvene dokumentacije pacienta z nezgodno poškodbo glave smo v raziskavo povabili svojce. V vabilu smo jih seznanili z vsebino in namenom raziskave, načinom pridobivanja podatkov ter se po pisni privolitvi dogovorili za ustrezen časovni

termin izvedbe intervjujev. Vabila nista spremljala pritisk ali neprimerno napeljevanje k sodelovanju v raziskavi. Sodelovanje je bilo prostovoljno, kadar koli med raziskavo so lahko odklonili sodelovanje, zagotovljena jim je bila anonimnost, njihove identitete nismo razkrili v nobenem dokumentu. Primarno smo upoštevali tiste svojce pacientov z nezgodno poškodbo glave, ki so bili navedeni kot kontaktne osebe. Tretji do šesti dan hospitalizacije smo s svojci opravili prvi intervju. Določene podatke smo predhodno pridobili iz zdravstvene dokumentacije pacienta (spol, starost, stopnjo zavesti, čas hospitalizacije, GKS-lestvico ob poškodbi, družinski status, sorodstveno razmerje, zaposlitveni status). Individualni intervjuji so se izvajali v prostorih oddelka, kjer so bili pacienti z nezgodno poškodbo glave hospitalizirani. Posamezni intervju je trajal 30–40 minut in se je s privolitvijo svojcev snemal. Po prvem izvedenem intervjuju (tretji do šesti dan hospitalizacije) smo sodelujoče svojce prosili še za zaključni intervju, ki smo ga opravili v dneh, preden je bil pacient z nezgodno poškodbo glave odpuščен (največ pet dni pred odpustom). Pomembno je bilo vsakodnevno spremljanje pacienta. Podatke smo pridobili od zdravstvenega osebja in iz zdravstvene dokumentacije na oddelku. Raziskava je trajala od junija do novembra 2017.

Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo vsebinske analize besedila (Hsieh & Shanon, 2005), ki poteka v več korakih: uredili smo gradivo, določili enote kodiranja, izvedli kodiranje, izbrali in definirali relevantne pojme ter oblikovali kategorije, ki smo jih v nadaljevanju tudi definirali. Najprej smo vsak intervju večkrat v celoti prebrali, nato smo v besedilu poiskali ključne misli in oblikovali kode, ki smo jih vsebinsko smiselno povezali v kategorije. Z vidika verodostojnosti in kredibilnosti rezultatov smo uporabili pridobivanje raznolikih podatkov, konstantno primerjavo podatkov, stalno opazovanje sodelujočih, daljše časovno obdobje raziskave, sodelovanje s sodelujočimi, primerjalno analizo primerov, ki jo je opravila prva avtorica, in primerjavo z analizo druge soavtorice (Polit & Beck, 2017). Prav tako smo verodostojnost zagotavljali tako, da je vse intervjuje posnela in prepisala prva avtorica. Vsa morebitna nestrinjanja so bila soglasno razrešena.

## **Rezultati**

Na osnovi časovne komponente smo intervjuje razdelili na dve skupini. V prvi skupini so intervjuji, ki so bili opravljeni s svojci kmalu po začetku zdravljenja (tretji do šesti dan hospitalizacije), v drugi skupini pa intervjuji, ki smo jih opravili največ pet dni pred odpustom. Ob kodiranju zapisov obeh skupin intervjujev smo izoblikovali 42 kod, ki smo jih nato razvrstili v sedem podkategorij. V okviru intervjujev v začetku hospitalizacije smo izpostavili podkategorije: soočanje, informacije in podpora. V okviru intervjujev pred odpustom pa smo izpostavili podkategorije:



negotovost, informacije, napredek in podpora. Ugotovili smo, da se pojavljata dve podkategoriji – informacije in podpora – tako v začetku hospitalizacije kot tudi pred odpustom pacienta, vendar smo z natančno analizo rezultatov prikazali različno raven odnosov, ki vplivajo na tematiko. Kljub temu lahko glede na raznolikost izpostavimo le pet podkategorij, ki predstavljajo glavne teme in se pojavljajo v obeh skupinah intervjujev: soočanje, informacije, podpora, negotovost in napredek.

### Soočanje

V to podkategorijo smo združili naslednje kode: »šok«, »pogajanje«, »jeza«, »skrb«, »strah«, »žalost« in »zanikanje«. Soočenje uvrščamo med psihološke potrebe, ki se pojavljajo pri svojcih v začetku samega zdravljenja in se navezujejo predvsem na posameznikovo vrednotenje nastale situacije ob poškodbi. Ob diagnozi »poškodba glave« se pri svojcih sprožijo različni načini soočanja z novonastalo življenjsko situacijo. Pojavljajo se potrebe, ki so povezane predvsem s spoprijemanjem z diagnozo. Zaznali smo, da ima soočanje svojcev z diagnozo »poškodba glave« značilnosti procesa žalovanja, ki se sicer lahko pojavi ob kakršnem koli hudem življenjskem dogodku (smrt, izguba službe, bolezen). Pri svojcih si ne sledijo vedno v istem zaporedju, niti ni nujno, da gredo skozi vsa obdobja.

Prvi odziv na diagnozo je pri svojcih pogosto šok.

*Življenje se mi je v trenutku spremenilo, sploh ne morem racionalno razmišljati, kar naprej se mi odvija pred očmi padec, vse je bilo v redu in zdaj to. Samo da je z nami. Oh, pardon, ne morem ... Še vedno sem v šoku.*

Pri večini svojcev sledi obdobje zanikanja, ko svoje ne more sprejeti dejstva, da se je njegov bližnji težko poškodoval. Prav tako se pojavlja obdobje pogajanja, ko se svojcem zdi, da bi lahko preprečili poškodbo, in jih mučijo občutki krivde. Del soočenja z diagnozo povzroči pri svojcih tudi žalost. V obdobju jeze se sprašujejo, zakaj se je to zgodilo prav njim.

Strahovi, ki jih svojci doživljajo na začetku, so povezani predvsem z zdravljenjem. Skrb, ki jo izražajo, se navezuje predvsem na skrb glede zdravstvenega stanja. Prav tako se pri svojcih pojavi tudi skrb za prihodnost oziroma samostojnost družinskega člana, ki se je poškodoval.

### Informacije

V podkategorijo informacije smo združili naslednje kode: »dojemanje«, »odnos«, »težave«, »vrsta informacije«, »zdravljenje«, »prostor«, »menjave oseb«, »zasebnost«, »čas« in »komunikacija«. Informiranje svojcev predstavlja pomemben vidik pri vzpostavljanju partnerskega odnosa med svojcem, pacientom in zdravstvenim okoljem. Zdravstveno osebje je moralno, etično in zakonsko odgovorno za podajanje

informacij. Informacije, ki jih svojci želijo, se navezujejo predvsem na zdravljenje. Svojci zaznavajo težave in ovire ob informiranju, zaradi katerih se njihov stres lahko še poglobi; navajajo težave pri dojetju informacij zaradi šoka. Težave na področju informiranja predstavljajo ovire v komunikaciji med svojci in zdravstvenim osebjem. Pomembno vlogo ima po mnenju svojcev prostor, v katerem jim zdravstveno osebje poda informacije. Prav tako predstavljata oviri v komunikaciji zagotavljanje zasebnosti med pogovorom ter zagotavljanje varstva pacientovih podatkov. Oviro pri podajanju informacij predstavljata tudi izbira ustreznega časa in menjavanje oseb, ki jih posredujejo. Odnos zdravstvenega osebja je pomemben del komunikacije in ga med podajanjem informacij zaznava večina svojcev. Ti navajajo predvsem potrebe po informacijah o poteku zdravljenja. Pojavlja se tudi potreba po informacijah, ki vzbujajo upanje.

*Človek samo čaka na te informacije, ni pomembno, od koga so, čakaš, da ti povedo, da bo bolje, čakaš in sploh ne razmišljaš, kje čakaš, kako dolgo, koga čakaš. Hvaležen si za vsako besedo.*

Vrsta informacij, ki jih svojci želijo slišati, se navezuje med drugim tudi na zdravstveno nego in rehabilitacijo. Odnos zdravstvenega osebja med podajanjem informacij svojci povezujejo s komponentama, kot sta neverbalna komunikacija in čas.

*Informacije so besede, ki jih čakaš, upanje, prihodnost in potem se skozi čas zaveš, da nima nekdo čarobne palčke, da ti ne zdravnik ne sestra ne moreta odgovoriti na vprašanja, ki te resnično zanimajo. Večkrat več razbereš z obraza kakor iz besed.*

### Podpora

V to podkategorijo smo vključili naslednje kode: »vključevanje svojcev v zdravstveno nego«, »odnos«, »upanje«, »obiski«, »pričakanje«, »sprejemanje«, »napredek«, »skrb« in »strah«. Zaznamo lahko, da pri zdravstveni oskrbi niso pomembni samo vidiki telesne oskrbe pacienta, temveč tudi vidiki podpore svojcem – prijazen odnos, tolažba, zaupanje, upoštevanje, sodelovanje in dvosmerna komunikacija. Svojcem največ pomeni, da je odnos zdravstvenega osebja prijazen.

Svojcem veliko pomeni tudi, da si zdravstveno osebje vzame čas za sodelovanje z njimi. Pri nekaterih so te potrebe zadovoljene, drugi pa imajo tudi izkušnjo nezaupljivega odnosa z osebjem. Prav tako predstavlja vključevanje v zdravstveno nego podporo svojcem pri sprejemanju sprememb, ki so jih doletele v življenju.

*Skozi čas sem se že naučila določene stvari, pri katerih mu lahko pomagam; pomagam mu, da se umije, potem delava vaje, ki nama jih je pokazala fizioterapevtka, pomagam mu pri oblačenju, čeprav on zdaj vse hoče sam, ampak mu še ne gre najbolje in potem se razburi.*

Potrebe glede podpore so povezane predvsem

s pripravljenostjo ali nepripravljenostjo osebja vključevati svojce v zdravstveno nego njihovega bližnjega.

*V času obiskov ne vidim niti sester, ne da bi se lahko kako vključevala v nego. Pogovarjam se z njim, vem, da me sliši, čeprav ne odgovarja. Namažem mu ustnice z labelo, ker ima čisto suhe, to mu že ne more škoditi. Drugače pa sem pač tam z njim.*

Podpora svojcem se izraža tudi z možnostjo obiskovanja najbližjih. Čas za obiske je sicer določen, vendar so možna določena odstopanja znotraj te časovne komponente, ki pa imajo velik vpliv na svojce. Svojci imajo potrebo po obiskovanju svojih bližnjih. Izrazili so tudi različna stališča glede časovnih omejitev. Predvsem menijo, da bi bilo treba čas za obiske prilagoditi, po možnosti ponuditi bolj individualen pristop. Pri svojcih se med obiski kaže tudi potreba po zasebnosti, ki pa se je, velikokrat zaradi večposteljnih sob, ne da zagotoviti. Svojci pogosto izražajo tudi potrebo po upanju, ki vpliva na njihov odziv na tako veliko spremembo v življenju, kot je poškodba glave njihovega bližnjega. Najpogosteje zaznajo svojci podporo v odnosu z zdravstvenim osebjem.

### Negotovost

V podkategorijo negotovost smo združili kode »pričakovanje«, »sprejemanje«, »napredek«, »skrb« in »strah«.

Negotovost, ki jo prinaša diagnoza, je za svojce v veliki meri zelo obremenjujoča. Pojavijo se potrebe po ugodnem izidu, ki jih izražajo s pričakovanji. Negotovost se pojavlja tudi ob sprejemanju dejanskega stanja.

*Negotovost, ki jo prinaša vsak dan, je največja težava. Odkar se je mož poškodoval, se vse moje življenje vrti okrog tega, kaj bo prinesel naslednji dan. Ker živimo daleč, ne morem vsak dan k njemu, slišiva se po telefonu, vendar ni enako, kot če bi bila ob njem. Otroci hodijo v šolo, jaz moram v službo, življenje se vrti naprej, če hočeš ali ne.*

Negotovost je odvisna tudi od napredka zdravstvenega stanja, ki pa ni nujno napredek oziroma ni v skladu s pričakovanji svojcev. Pri svojcih se pojavi tudi skrb za prihodnost oziroma samostojnost poškodovanega družinskega člana. Velikokrat je povezana tudi z občutkom strahu, ki se pojavlja pri svojcih pred odpustom pacienta iz bolnišnice.

*Strah me je, da ne bo govoril, da se ne bova mogla pogovarjati, to bi mi bilo najhujše.*

### Napredek

V podkategorijo napredek smo vključili kodi »vrsta« in »razočaranje«. Svojci so zaznavali različne vrste napredka, občasno pa napredek, ki so ga zaznali, ni bil v skladu z njihovimi pričakovanji, zato se je pojavilo tudi razočaranje. Napredek se navezuje na spremembo

osebni ali spremembe v zdravstvenem stanju. Kadar napredek ni v skladu s pričakovanji svojcev, ti občutijo razočaranje.

*Človek ne more gledati v prihodnost brez upanja, za vsak napredek pa, tudi če se nekomu tako ne zdi, meni pomeni veliko. Pomeni mi veliko, da si gre umit zobe, čeprav si jih je umival pred eno uro.*

## Diskusija

Z raziskavo smo želeli ugotoviti potrebe svojcev pacientov z nezgodno poškodbo glave v času zdravljenja v bolnišnici. Ugotovili smo, da se pojavljajo potreba po soočenju, potreba po informacijah, potreba po podpori, potreba po gotovosti in potreba po napredku. Potrebe svojcev pacientov z nezgodno poškodbo glave se med hospitalizacijo sicer spreminjajo, vendar se potreba po informacijah in potreba po podpori kot temeljni pojavljata tako na začetku kot tudi ob zaključku hospitalizacije. Keenan in Lynn (2010) sta ugotovili, da se med hospitalizacijo potrebe svojcev spreminjajo.

Na področju informiranja izjave svojcev kažejo, da svojci na začetku hospitalizacije potrebujejo informacije o zdravstvenem stanju in informacije, ki vzbujajo upanje. Med hospitalizacijo prihaja v ospredje potreba po informacijah glede zdravstvene nege in informacijah o rehabilitaciji. Potrebo po informacijah s strani svojcev pacientov po nezgodni poškodbi glave že v začetku hospitalizacije izpostavijo tudi Lugo in sodelavci (2017). Tako kot Keenan in Lynn (2010) ter naša raziskava so ugotovili, da se potreba po informacijah s strani svojcev pacienta po nezgodni poškodbi glave med hospitalizacijo ne zmanjšuje. Zaznali smo, da so imeli svojci težave z dojemanjem sporočil, predvsem zaradi šoka ob seznanitvi s poškodbo pacienta. Liu in sodelavci (2015) ugotavljajo, da se potreba po informacijah pri svojcih pacientov, ki imajo hudo poškodbo glave, celo poveča v primerjavi s svojci, katerih družinski član je utrpel blago ali zmerno poškodbo glave. Pri podajanju informacij so zato potrebni: natančnost, uporaba razumljivega jezika, ponavljanje pomembnih informacij in spodbujanje svojcev, da ponovijo pomembne informacije, ki so jim bile podane. Tudi Kodba Čeh (2016) ugotavlja, da je poleg postopnega podajanja informacij pomembno sprotno preverjanje razumevanja. Iz pogovorov s svojci smo ugotovili, naj sporočanje resnice ne bo enkratno dejanje, saj svojci ne morejo takoj in v celoti sprejeti vseh informacij. Tako kot Coco (2013) izpostavlja pomembnost pisnih informacij, so tudi svojci v naši raziskavi izpostavili, da so pisna navodila (na listu zapisana telefonska številka, oddelek in kontaktna oseba) koristna. Svojci poročajo o težavah na področju informiranja, zaradi katerih se lahko njihov stres še poglobi. Povedali so, da so informacije včasih podane na hodniku, kjer čakajo na informacije še ostali; da lahko osebno

informacije dobijo le ob določeni uri zjutraj in da je posredovanje informacij po telefonu oteženo. Prav tako Liu in sodelavci (2015) navajajo, da so raziskave potrdile, da so svojci pacientov s težjimi poškodbami glave pod močnejšim psihološkim pritiskom, kar lahko vodi tudi v slabše medosebne odnose med pacienti in zdravstvenimi delavci. Kljub temu je odnos zdravstvenega osebja, ki predstavlja pomemben del komunikacije, večina sodelujočih svojcev zaznala in označila kot pozitivnega.

Soočanje uvrščamo med psihološke potrebe, ki se pojavljajo pri svojcih na začetku zdravljenja in se navezujejo predvsem na posameznikovo vrednotenje nastale situacije ob poškodbi. Kot navajajo Elbaum (2019) ter Meixner in sodelavci (2017), lahko svojci doživijo večjo psihološko stisko kot pacienti z nezgodno poškodbo glave. Ugotovili smo, da ima soočanje svojcev z diagnozo »poškodba glave« karakteristike procesa žalovanja, ki se lahko pojavijo tudi v drugih težkih življenjskih situacijah. Prvi odziv pri svojcih je pogosto šok, sledi obdobje zanikanja, ko svojec ne more sprejeti dejstva, da se je njegov bližnji poškodoval. Del soočenja s poškodbo sta tudi žalost in jeza, ko se svojec sprašuje, zakaj se to dogaja prav njemu. Tudi Worden (2009) opisuje raznolikost procesa žalovanja, ki je sestavljeno iz več obdobj. Ta lahko prehajajo eno v drugo, pri čemer ni nujno, da vsak svojec podoživi vsa obdobja. Prav tako smo ugotovili, da so strahovi, ki jih svojci doživljajo ob začetku hospitalizacije, povezani predvsem z zdravljenjem. Močno izražena potreba svojcev po pomoči pri soočenju nakazuje, da svojci potrebujejo pogovor o svojih strahovih, razbremenitev in ustrezne informacije, na podlagi katerih bi se lažje soočili s trenutnim stanjem. Tudi Meixner in sodelavci (2017) so v raziskavi ugotovili, da se je psihološka stiska svojcev pacientov po poškodbi glave zmanjšala po izvedenih izobraževanjih. V raziskavi smo ugotovili, da vpliv poškodbe na življenje svojca presega medicinski vidik. Prav tako so McAdam in sodelavci (2012) ugotovili, da se pri svojcih kritično bolnih pogosteje pojavljajo simptomi posttraumatskega stresa, tesnobe in depresije.

V raziskavi smo ugotovili, da se pri svojcih proces soočanja razlikuje od posameznika do posameznika. Njihovo odzivanje, sprejemanje informacij in sprejemanje same poškodbe so odvisni do tega, v katerem obdobju soočanja so, kar nakazuje, da morajo proces soočanja poznati tako svojci kot zdravstveno osebje. Potrebe, ki se nanašajo na podporo, se navezujejo na oporo s strani zdravstvenega osebja, njegovo pripravljenost na sodelovanje in sprejemanje svojcev kot enakovrednih partnerjev. Ugotovili smo, da svojcem veliko pomeni, da je zdravstveno osebje prijazno, da se jim ob prihodu na oddelek nasmehne, jih pozdravi in da si vzame čas za sodelovanje z njimi. Potrebe glede podpore so povezane tudi s pripravljenostjo osebja vključevati

svojce v zdravstveno nego bližnjega. Povše (2008) je ugotovila, da se s pomočjo izobraževanj svojci pogosteje vključujejo v zdravstveno nego, kar jim nudi podporo pri sprejemanju sprememb, posledično pa zagotavlja vez z zdravstvenim osebjem. V naši raziskavi smo ugotovili, da se svojci redko vključujejo v zdravstveno nego. Tudi Keenan in Lynn (2010) sta ugotovili, da vključevanje v negovanje bližnjega velja za pomembnejšo izkušnjo. Kadar svojcem to ni omogočeno, se pojavljajo občutki nezadovoljstva in nemoči. Mitchell in sodelavci (2009) so ugotovili, da se svojci, vključeni v skrb, usmerjeno k družini, počutijo bolj spoštovane, sodelovanje ocenjujejo bolj pozitivno in imajo občutek večje podpore. Tudi v slovenskem prostoru je Lešnik (2010) izpostavil mnogokrat spregledano vlogo svojcev v zdravstveni obravnavi, saj navaja, da je idealno, če lahko svojci zdravstveno osebje dojemajo kot zaveznike, s katerimi skupaj iščejo poti do najboljše možne obravnave poškodovanega in visoke kakovosti njegovega življenja.

Raziskava je pokazala, da so svojci seznanjeni o določenem času za obiske, pri čemer so kot pozitivno izkušnjo navedli, da jim veliko pomenijo določena možna odstopanja znotraj te časovne komponente. Kljub temu menijo, da je treba čas za obiske prilagoditi in ponuditi bolj individualen pristop, kar podpira tudi ugotovitev avtorjev Cardoso-Moreno in Tomas-Aragones (2017), ki sta dokazala pozitiven vpliv na okrevanje pacienta ob ustrezni družinski podpori. Pri svojcih se med obiski kaže tudi potreba po zasebnosti, ki pa največkrat zaradi pomanjkanja prostora in večposteljnih sob ni zagotovljena. Strinjamo se s Predikom (2010), ki izpostavlja, da mora zdravstveno osebje upoštevati in spoštovati pravico pacienta do zasebnosti, še posebej kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje in bolečino.

Svojci v času hospitalizacije pacienta po nezgodni poškodbi glave od zdravljenja pričakujejo napredek zdravstvenega stanja, ki pa ni nujno v skladu z njihovimi pričakovanji. To največkrat vodi v razočaranje. Simptomi, prisotni pri pacientu z nezgodno poškodbo glave, kot so sprememba osebnosti, drugačno obnašanje in nihanje razpoloženja, negotovost samo podaljšujejo. Kot navaja Wolf (2015), se doživljanje nastale izgube, ki se oblikuje v procesu žalovanja, začne, ko svojci spoznajo resničnost izgube. Analiza intervjujev je pokazala, da svojci – čeprav slutijo resnost situacije –, potrebujejo čas, da se nanjo kar v največji meri pripravijo. Tudi Kodba Čeh (2016) opredeljuje čas kot ključen element pri razumevanju in sprejemanju situacije. Prav tako poudarja, da ima upanje pomembno vlogo pri prilagajanju na situacijo, in sicer ne toliko upanje na ozdravitev, temveč upanje na izpolnitev kratkoročnih in dejansko možnih ciljev.

Kot omejitev raziskave je treba upoštevati, da je šlo izključno za kvalitativno metodologijo raziskovanja. To pomeni, da je bila geografsko omejena in je potekala na manjšem vzorcu, zato stališč in izkušenj

udeležencev v raziskavi kljub zasičenosti podatkov ne moremo posploševati na celotno populacijo. Rezultati kljub temu dodajajo nov vidik celostne zdravstvene obravnave pacientov po nezgodni poškodbi glave in izpostavijo predvsem stiske in potrebe, s katerimi se soočajo svojci pacientov po nezgodni poškodbi glave. Pri kvalitativnem raziskovanju moramo kot omejitve upoštevati dejstvo, da rezultati temeljijo na interpretaciji raziskovalcev, kar bi lahko ob upoštevanju drugih teoretičnih izhodišč in dodatno zastavljenih podvprašanj prikazalo tudi drugačne rezultate. Raziskava ni vključevala povezave ugotavljanja potreb svojcev z drugimi pomembnimi podatki (kakovost odnosa pred poškodbo, posebna predanost poškodovanemu, količina časa, dodatne odgovornost, sočasni življenjski stres, spretnost obvladovanja posameznika...). Tako ostajajo odprte možnosti ponovne geografsko razširjene raziskave z uporabo mešanih metod raziskovanja in večjim vzorcem. Prav tako se ponuja možnost dodatnih raziskav s področja prepoznavanja potreb svojcev, na podlagi katerih bi lahko pripravili smernice za izobraževanje zaposlenih ter izboljšanje dosedanje prakse v zdravstveni negi.

## Zaključek

Pri svojcih pacientov z nezgodno poškodbo glave se med hospitalizacijo pojavljajo različne potrebe. Glavni sta potreba po informacijah in potreba po podpori, ki sta prisotni v celotnem obdobju hospitalizacije pacienta z nezgodno poškodbo glave. Na začetku je poleg omenjenih prisotna še potreba po soočenju, ki se izraža skozi različne faze, medtem ko se ob zaključku izrazita potreba po (ne)gotovosti in potreba po napredku. Prav tako rezultati raziskave nakazujejo, da individualne potrebe svojcev pacientov po nezgodni poškodbi glave niso vedno v celoti prepoznane.

Zavedati se moramo, da ugotavljanje potreb svojcev pacientov z nezgodno poškodbo glave ni možno brez skrbi, usmerjene v družino, za kar potrebujemo čas, ustrezno komunikacijo in pripravljenost zdravstvenega osebja za spremembe, ki jih prinaša sodobni način življenja. Medicinske sestre bi bilo treba opolnomočiti za odgovarjanje na potrebe, ki jih imajo svojci pacientov z nezgodno poškodbo glave, in nenehno iskati priložnosti za izboljšanje medsebojnega sodelovanja, kar bi lahko dosegli s kontinuiranimi izobraževanji s področja zgodnjega prepoznavanja potreb. Ustrezno informiranje in vključevanje svojcev kot enakovrednih partnerjev ter predvsem pogovor predstavljajo podporo, ki jo zdravstveno osebje lahko zagotovi in tako omogoči, da svojci med zdravljenjem ne ostanejo sami s svojimi stiskami.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

## Financiranje / Funding

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

## Etika raziskovanja / Ethical approval

Soglasje za raziskavo je bilo odobreno s strani Komisije za medicinsko etiko v izbranem zavodu (UKC-MB-KME-24-01/17). Raziskava je bila izvedena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). / The permission for the research was obtained from the Medical Ethics Committee in a selected institution (UKC-MBKME-24-01/17). 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

Prva in tretja avtorica sta načrtovali raziskavo, interpretirali vse podatke in pripravili osnutek članka. Prva avtorica je raziskavo izvedla. Drugi avtor je koordiniral pisanje in končno ureditev članka. / KP and ML designed the study, interpreted the data and prepared the first draft. KP conducted the research and analysed the data. JR coordinated the writing of the manuscript and final editing.

## Literatura

Arango-Lasprilla, J.C., Quijano, M.C., Aponte, M., Cuervo, M.T., Nicholls, E., Rogers, H.L., et al., 2010. Family needs in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Colombia, South America. *Journal of Brain Injury*, 24(7/8), pp. 1017–1026.

<https://doi.org/10.3109/02699052.2010.490516>  
PMid:20545455

Cardoso-Moreno, M.J. & Tomas-Aragones, L., 2017. The influence of perceived family support on post surgery recovery. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), pp. 121–128.  
<https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1153680>  
PMid:26899740

Coco, K., 2013. *Supporting traumatic brain injury patients' family members. Neurosurgical nurses' evaluations: dissertations in health sciences*. Kuopio: University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences Publications, pp. 19–24.

Elbaum, J. 2019. Acquired brain injury and the family: challenges and interventions. In: J. Elbaum, ed. *Acquired Brain Injury*. Manhasset, USA: Springer Nature, pp. 335–347.  
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-16613-7>

- Hsieh, H.F. & Shannon, E.S., 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), pp. 1277–1288.  
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>  
PMid:16204405
- Keenan, A. & Lynn J., 2010. The needs of family members of severe traumatic brain injured patients during critical and acute care: a qualitative study. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32(3), pp. 25–35. Available at: <https://www.cann.ca/~ASSETS/DOCUMENT/ARTICLES/CJNN-32-3-2010%20-%20Keenan.pdf> [17. 6. 2018].
- Kodba Čeh, H., 2016. Raziskava s svojci v paliativni oskrbi: ključni elementi zadovoljstva in stiske pri svojcih. In: A. Simonič, ed. *Komuniciranje v paliativni oskrbi, zbornik predavanj. Golniški simpozij, Golnik, 27. oktober 2016*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, pp. 13–19.
- 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, Uradni list RS, št. 71/14.
- Kontos, P.C., Miller K.L., Gilbert, J.E., Mitchell, G.J., Colantonio, A., Keightley, M.L., et al. 2012. Improving client-centered brain injury rehabilitation through research-based theatre. *Qualitative Health Research*, 22(12), pp. 1612–1632.  
<https://doi.org/10.1177/1049732312458370>  
PMid:22941919
- Lešnik, A., 2010. *Pacientove pravice in njihova aplikacija v prakso: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Liu, W., Zhub, J., Liu, J. & Guo, Q., 2015. Psychological state and needs of family member caregivers for victims of traumatic brain injury: a cross-sectional descriptive study. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(3), pp. 231–236.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.07.001>
- Lugo, Z., Pellas, F., Blandin, V., Laureys, S. & Gosseries, O., 2017. Assessment of needs, psychological impact and quality of life in families of patients with locked-in syndrome. *Brain Injury*, 31(12), pp. 1590–1596.  
<https://doi.org/10.1080/02699052.2017.1347277>
- Meixner, C., O'Donoghue, C.R. & Hart, V., 2017. Impact of the Brain Injury Family Intervention (BIFI) training on rehabilitation providers: a mixed methods study. *Neuro Rehabilitation*, 40(4), pp. 545–552.  
<https://doi.org/10.3233/NRE-171441>
- McAdam, J.L., Fontaine, D.K., White, D.B., Dracup, K.A. & Puntillo, K.A., 2012. Psychological symptoms of family members of high: risk intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, 21(6), pp. 386–393.  
<https://doi.org/10.4037/ajcc2012582>  
PMid:23117902
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E. & Foster, M., 2009. Positive effects of a nursing intervention on family: centered care in adult critical care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), pp. 543–553.  
<https://doi.org/10.4037/ajcc2009226>  
PMid:19880956
- Nonterah, C.W., Jensen, B.J., Perrin, P.B., Stevens, L.F., Cabrera, T.V., Jimenez-Maldonado, M., et al., 2013. The influence of TBI impairments on family caregiver mental health in Mexico. *Brain Injury*, 27(11), pp. 1287–1293.  
<https://doi.org/10.3109/02699052.2013.812243>  
PMid: 24020441
- Norup, A., Perrin, P.B., Cuberos-Urbano, G., Anke, A., Andelic, N., Doyle, S.T., et al., 2015. Family needs after brain injury: a cross cultural study. *NeuroRehabilitation*, 36, pp. 203–214.  
<https://doi.org/10.3233/NRE-151208>  
PMid:26410614
- Pieper, P. & Bear, M., 2011. Child and proxy perspectives of the child's health-related quality of life 1 month after a mild traumatic brain injury. *Journal of Trauma Nursing*, 18(1), pp. 11–17.  
<https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e31820e3f31>
- Povše, M., 2008. Izobraževanje svojcev bolnikov po nezgodni možganski poškodbi: program »Srečanja s svojci«. *Rehabilitacija*, 7, pp. 11–14. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-G0GNOC0N/5f51f81a-e317-4e82-8331-aa6d1f10c95e/PDF> [6. 10. 2018].
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2017. *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Predik, M., 2010. *Spoštovanje pacientovega dostojanstva v zdravstveni obravnavi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Roy, D., Jayaram, G., Vassila, A., Keach, S. & Rao, V., 2015. Depression after traumatic injury: a biopsychosocial cultural perspective. *Asian Journal of Psychiatry*, 13, pp. 56–61.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.10.001>
- Sandelowski, M., 2000. Focus on research methods: whatever happened to qualitative description. *Research in Nursing & Health*, 23, pp. 334–340.  
[https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)
- Turner, B.J., Fleming, J., Ownsworth, T. & Cornwell, P., 2011. Perceived service and support needs during transition from hospital to home following acquired brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 33(10), pp. 818–829.  
<https://doi.org/10.3109/09638288.2010.513422>

Urbanc, M., 2008. Raba utemeljevalne teorije in programa Atlas v geografiji. *Geografski Vestnik*, 80(1), pp. 127–137. Available at: [http://zgs.zrc-sazu.si/Portals/8/Geografski\\_vestnik/gv80-1-urbanc.pdf](http://zgs.zrc-sazu.si/Portals/8/Geografski_vestnik/gv80-1-urbanc.pdf) [17. 6. 2018].

Wolf, N., 2015. Proces žalovanja v praksi paliativne oskrbe. In: B.M. Kaučič, D. Plank, A. Presker Planko, K. Esih, B. Kešpert, et al., eds. *VI. Stiki zdravstvene nege. Sodelovanje strokovnjakov v paliativnem timu za celostno obravnavo pacientov in svojcev: zbornik predavanj z recenzijo. Simpozij s področja paliativne zdravstvene nege z mednarodno udeležbo, 9. april 2015*. Celje: Visoka zdravstvena šola, pp. 139–144.

Worden, J.W., 2009. *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. 4th ed. New York: Springer. <https://doi.org/10.1891/9780826101211>

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

Wright, C. J., Zeeman, H. Biezaitis, V., 2016. Holistic practice in traumatic brain injury rehabilitation: perspectives of health practitioners. *PLoS ONE*, 11(6), art. ID e0156826. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156826>

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Potočnik, K., Ravnik, J. & Lorber, M., 2020. Potrebe svojcev pacientov po nezgodni poškodbi glave: kvalitativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), 12–20. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2954>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

## Izkušnje partnerjev s prisotnostjo pri porodu: kvalitativna deskriptivna raziskava Partners' experiences related to their presence at childbirth: a qualitative descriptive research

Anita Bezeljak, Ana Polona Mivšek<sup>1</sup>, Petra Petročnik<sup>1, \*</sup>

**Ključne besede:** partner; porod; prisotnost pri porodu; izkušnje; aktivna vloga

**Key words:** partner; childbirth; presence at birth; experiences; active role

<sup>1</sup> Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za babištvo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

\* Korespondenčni avtor /  
Corresponding author:  
petra.petrocnik@zf.uni-lj.si

Članek je nastal na osnovi  
diplomskega dela Anite  
Bezeljak *Doživljanje poroda  
s strani očeta* (2018).

### IZVLEČEK

**Uvod:** Očetje se pogosto vključujejo v porodni proces v vlogi spremljevalcev svojih partnerk ob porodu. Veliko očetov si želi biti prisotnih pri porodu svojega otroka, vendar si pogosto ne predstavljajo svoje vloge v porodni sobi. Namen raziskave je bil raziskati izkušnje partnerjev s prisotnostjo pri porodu.

**Metode:** Raziskava temelji na kvalitativni metodologiji. Vzorec zajema pet očetov, starih med 25 in 35 let, ki so imeli za seboj vsaj dve porodni izkušnji. Podatki so bili pridobljeni s pomočjo delno strukturiranih intervjujev in analizirani s pomočjo metode analize vsebine.

**Rezultati:** Za očete je bila prisotnost pri rojstvu njihovega otroka ena izmed najlepših izkušenj v njihovem življenju. Kljub temu da so jo opredelili kot stresno, je bila hkrati zanje pozitivna in polna intenzivnih občutij. Občutili so vznemirjenje, pričakovanje, strah, zaskrbljenost, srečo, veselje, olajšanje ter ponos. Nekateri očetje so bili s strani babice in ostalega zdravstvenega osebja v porodno dogajanje vključeni bolj aktivno, drugi manj.

**Diskusija in zaključek:** Očetje si želijo biti s strani babice in ostalega zdravstvenega osebja obravnavani spoštljivo in kot enakovreden del para, ki se mu rojeva otrok. Priložnosti nadaljnega raziskovanja se kažejo v proučevanju povezave med prisotnostjo pri porodu ter družinsko in partnersko dinamiko, pa tudi v izkušnjah babic s prisotnostjo očetov v porodnih sobah.

### ABSTRACT

**Introduction:** Fathers are often involved in the childbirth process by accompanying their partners at childbirth. Many fathers wish to be present at the birth of their child, but they often cannot imagine what their role in the labor room would be. The purpose of the study was to look into the experiences of fathers who were present at childbirth.

**Methods:** The study is based on qualitative methodology. The sample consisted of five fathers, aged between 25 to 35 years, who participated at two childbirths at least. The data were obtained by partially structured interviews and analyzed with the content analysis method.

**Results:** Fathers reported that their presence at the childbirth of their child was one of the most beautiful experiences of their lives. However, the experience was described as stressful, but at the same time positive and full of intense emotions. They reported on experiencing feelings such as excitement, anticipation, fear, anxiety, happiness, joy, relief and pride. Some fathers were more actively involved in the childbirth process than others by the midwives and other health professionals.

**Discussion and conclusion:** Fathers wish to be treated respectfully and as equals in the couple who are giving childbirth by midwives and other health professionals. Opportunities for further research could be reflected in the connection of fathers' attendance at childbirth with family and partner dynamics as such. It would be also interesting to obtain the experiences of midwives at childbirth where fathers were present.



Prejeto / Received: 21. 8. 2019  
Sprejeto / Accepted: 10. 2. 2020

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2995>

## Uvod

Očetje postajajo vedno bolj vključeni v družinsko življenje, vse od prvih trenutkov nastajanja nove družine naprej (Švab, 2008; Novak, 2015). Vse pogosteje imajo aktivno vlogo tudi kot spremljevalci svojih partnerk ob porodu (Wagner, 2007). V slovenskih porodnišnicah so bili očetje prvič prisotni pri porodu v porodnišnicah konec šestdesetih let 20. stoletja (Novak, 2015). Po podatkih Perinatalnega informacijskega sistema Slovenije (PERIS) je bilo leta 2016 v slovenskih porodnišnicah pri porodu prisotnih več kot 80 % očetov (PERIS, 2018).

Veliko očetov si želi biti prisotnih pri porodu svojega otroka, a si pogosto ne predstavljajo, kakšna je njihova vloga v porodni sobi (Drglin, 2011). Bodoči očetje si želijo ustreznih, z dokazi podprtih informacij o njihovi vlogi pri porodu, o samem poteku poroda, tako fizičnem, kot čustvenem, o skrbi za novorojenčka, pa tudi o tem, kako bo rojstvo otroka vplivalo na nadaljnje življenje para (Hildingsson, et al., 2013). Bergström in sodelavci (2013), Poh in sodelavci (2013) ter Smyth in sodelavci (2015) navajajo, da si vse več očetov želi individualnih priprav na starševstvo oziroma priprav, ki bi bile namenjene samo bodočim očetom. Po izsledkih raziskav bodoči očetje v šolah za starše pridobijo premalo koristnih informacij in se na pripravah počutijo, kot da niso namenjene njim, ampak zgolj njihovim partnerkam. V Veliki Britaniji je po podatkih Kraljevega združenja babic (Royal College of Midwives [RCM]) v primerjavi s Slovenijo zavedanje o pomenu vključenosti očetov v priprave na porod veliko večje; veliko se piše o pomenu celostne obravnave družine za doseganje lepše porodne izkušnje (RCM, 2018). Sapountzi-Krepia in sodelavci (2015) ugotavljajo, kako pomembno vlogo imajo babice ter ostali zdravstveni strokovnjaki pri spoštovanju želja in potreb para v obdobju nosečnosti, priprav na starševstvo in med samim porodom. Posvetiti se morajo tudi bodočim očetom, jih opolnomočiti ter čim aktivneje vključiti v priprave na porod in v porodno dogajanje. Tako očetje dobijo občutek zaželenosti, spoštovanosti in sprejetosti (Hildingsson, et al., 2013). Abushaikha in Massah (2012) ter Johansson in sodelavci (2015) opozarjajo, da na prisotnost očetov in njihovo vključevanje v porodno dogajanje vplivajo različna kulturna prepričanja, navade, vera in okolje, v katerem par živi, spoštovati pa je treba tudi očetov odnos do partnerke, nosečnosti in poroda.

Steen in sodelavci (2012) navajajo, da si želijo biti bodoči očetje v porod aktivno vključeni in obravnavani kot enakovreden del para, ki se mu rojeva otrok; ne želijo prevzeti zgolj vloge opazovalca dogajanja. Grahek (2014) ter Johansson in sodelavci (2015) ugotavljajo, da prisotnost partnerja ugodno vpliva na celotno porodno izkušnjo in navezovanje para z novorojenčkom, partnerko pomirja in nanjo deluje pozitivno. Bohren in sodelavci (2017) ugotavljajo

tudi, da stalna prisotnost osebe, ki ji ženska zaupa, pozitivno vpliva na razplet poroda in nima nikakršnih negativnih posledic. Omenjena raziskava je pokazala, da je stalna prisotnost zelene osebe ob porodu vplivala na krajši porod pri porodnicah, spontan porod, manjše število carskih rezov in instrumentalno dokončanih porodov, manj uporabe farmakoloških sredstev za lajšanje porodne bolečine in višje ocene novorojenčkov po lestvici APGAR (lestvica, s katero ocenjujemo vitalnost novorojenčka: *Appearance* (barva), *Pulse* (pulz), *Grimace* (vzdraženost), *Activity* (mišična aktivnost), *Respiration* (dihanje)) (Bohren, et al., 2017). Steen in sodelavci (2012) navajajo, da si očetje želijo biti prisotni pri porodu predvsem zaradi partnerke, da bi ji lahko nudili potrebno oporo, in šele nato zaradi otroka. Vsekakor ne smemo zanemariti dejstva, da med porodnim dogajanjem in ob prvem stiku z novorojenčkom očetje doživljajo najrazličnejša intenzivna čustva (Poh, et al., 2013; Ledenfors & Berterö, 2016). Prvo srečanje z novorojenčkom opisujejo kot življenjsko prelomnico in nepozabno doživetje, saj jim ta stik predstavlja prvi trenutek očetovstva (Sapountzi-Krepia, et al., 2015).

### Namen in cilji

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšni so bili razlogi očetov za prisotnost pri porodu, kakšne občutke so doživljali med samim porodom in rojstvom otroka ter kakšen je bil njihov odnos z babico. Osrednji cilj raziskave je bil proučiti izkušnje očetov s porodom in rojstvom njihovega otroka s pomočjo naslednjih raziskovalnih vprašanj:

- Kakšno izkušnjo s porodom so imeli bodoči očetje in ali je bila prisotnost pri porodu njihova želja?
- Kakšne občutke so občutili bodoči očetje med porodom in kakšno je bilo njihovo prvo srečanje z novorojenčkom?
- Kako bi opisali odnos z babico in ostalim zdravstvenim osebjem?
- Kateri faktorji so po njihovem mnenju vplivali na izkušnjo poroda?

### Metode

V raziskavi je bila uporabljena kvalitativna metodologija, natančneje kvalitativna vsebinska raziskava, s katero smo želeli pridobiti poglobljen uvid v to, kako očetje individualno doživljajo porod in rojstvo svojega otroka.

### Opis instrumenta

Podatke smo pridobili z uporabo polstrukturiranih intervjujev, ki omogoča, da med samim potekom intervjuja zastavimo dodatna podvprašanja in tako pridobimo poglobljen uvid v individualno doživljanje posameznikove situacije (King & Horrocks, 2010).



Intervju je bil razdeljen na dva dela. V prvem delu so se vprašanja nanašala na demografske podatke intervjuvancev, v drugem delu pa se je devet izhodiščnih vprašanj nanašala na izkušnjo poroda. Kakovost raziskave smo zagotovili z zvočnim posnetkom intervjuja, ki mu je sledil natančen prepis. Zvočni prepis in analiza podatkov sta bila opravljena s strani prvega avtorja in kontrolirana s strani preostalih dveh.

### Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen namenski vzorec, s katerim smo lahko raziskali družbeni pojav očetov, katerih izkušnja s porodom je bila pomembna za naše raziskovanje (Robinson, 2006). V raziskavo je bilo vključenih pet očetov, starih med 25 in 35 let. Očetje so izhajali iz osrednje, goriške in jugovzhodne Slovenije. Vsi so imeli doseženo šesto ali sedmo stopnjo izobrazbe. Štirje od petih očetov so se udeležili priprav na porod / starševstvo. Vključitveni kriteriji so vsebovali vključitev očetov, ki so imeli za seboj vsaj dve porodni izkušnji, pri čemer od zadnje ni minilo več kot leto in pol. Očetje so odgovarjali na vprašanja, ki so se nanašala na izkušnjo zadnjega poroda. Po navedbah Baxter in sodelavcev (2014) je namreč najbolj optimalen čas za *debriefing* oziroma pogovor o porodu med babico in žensko / parom od enega meseca po porodu do enega leta oziroma tedaj, ko je oseba pripravljena spregovoriti o samem dogodku (Baxter, et al., 2014). Eden izmed očetov je bil prisoten pri porodu v porodnišnici terciarnega nivoja, vsi ostali pa v porodnišnicah sekundarnega nivoja. Vsi otroci so se rodili vaginalno. Z intervjuji petih očetov smo dosegli nasičenost podatkov, saj smo zaznali, da se odgovori ponavljajo in nismo več prejeli novih podatkov.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Potencialno sodelujoče smo povabili k sodelovanju v raziskavi osebno, s pomočjo metode vzorčenja snežne kepe, ki je večkrat uporabljena metoda v kvalitativnem raziskovanju (King & Horrocks, 2010). Pridobivanje podatkov je potekalo v juniju in juliju 2018. Vsi intervjuji so bili opravljeni v domačem in poznanem okolju intervjuvancev, brez prisotnosti tretje osebe, zato so bili sproščeni, hkrati pa jih med intervjuvanjem niso motili dejavniki iz okolja (Green & Thorogood, 2004). Intervjuji so bili zvočno snemani, kar je po mnenju Greena in Thorogooda (2004) najbolj optimalno za zagotavljanje natančne analize besedila. Povprečna dolžina intervjuja je bila 30 minut. Zvočni zapisi so bili večkrat poslušani, kasneje pa je bila narejena transkripcija intervjujev. Pridobljeni podatki so bili analizirani s kvalitativno vsebinsko analizo, s pomočjo odprtega kodiranja in kategoriziranja besedila. Kljub relativno majhnemu vzorcu, ki je zajemal pet intervjujev, so bile pridobljene bogate informacije o doživljanju poroda s strani očetov. Analiza transkriptov ni bila podprta z računalniškim

programom, temveč izvedena ročno, kar je po mnenju Whiteheada (2011) izvedljivo pri manjšem številu zajetih intervjujev. Prvi avtor, ki je opravil transkripcijo intervjujev, se je z zvočnim zapisom najprej seznanil in nato identificiral vsebinske okvire, ki so bili pregledani s strani drugih dveh avtorjev. V naslednjem koraku so bile posamezne kode združene v podkategorije. Tako smo iz pojmov oziroma kategorij nižjega reda prešli v kategorije višjega reda (Kordeš & Smrdu, 2015). Sledilo je iskanje novih povezav med posameznimi izpostavljenimi koncepti. Na ta način so bile posamezne teme pomensko interpretirane, vsebina intervjujev pa je bila strukturirano povzeta v vzorce oziroma teme, ki so se pojavljale najpogosteje. Na podlagi odkritih tem je bila vsebina na koncu zopet povezana v celoto, na podlagi katere so bili narejeni zaključki.

Pred začetkom raziskovanja smo vsem udeležencem razložili namen, cilje in način raziskovanja ter se z njimi dogovorili za predvideni datum in lokacijo intervjuja. Vsem intervjuvancem je bila zagotovljena zaupnost. Hkrati so imeli vsi intervjuvanci omogočeno prostovoljno sodelovanje v raziskavi, prav tako so imeli možnost kadar koli izstopiti iz raziskave, tudi brez navedbe razloga. Pred pričetkom pridobivanja podatkov so vsi udeleženci podpisali »Soglasje udeleženca za sodelovanje v raziskavi«. Med raziskovanjem so bila upoštevana znanstvena in etična načela raziskovanja, da se je zavarovala njihova integriteta. V rezultatih so dobesedni navedki intervjuvancev prikazani s psevdonimiziranimi imeni. V raziskavi ni bilo zaznane kakršne koli osebne pristranskosti raziskovalcev. Verodostojnost podatkov smo preverjali s sprotnim prebiranjem transkriptov in analize besedil. Hkrati so imeli očetje, ki so sodelovali v raziskavi, vpogled v analizirano besedilo in niso zaznali napačnih interpretacij podanih intervjujev. Na ta način je bilo potrjeno, da so bili intervjuji ustrezno razumljeni in posledično interpretirani.

## Rezultati

S pomočjo kvalitativne vsebinske analize ter odprtega kodiranja in kategoriziranja smo pridobili kategorije in kode, predstavljene v Tabeli 1. Posamezne kategorije so podrobneje opisane v spodnjem besedilu.

### Doživljanje poroda

Očetje so doživljanje poroda in rojstvo svojega otroka opisali različno. Štirje od petih očetov so svojo izkušnjo opisali kot zelo pozitivno. Po njihovem mnenju so na celotno izkušnjo poroda vplivali sproščenost in povezanost para, dober odnos z osebjem v porodni sobi in sam potek poroda, ki se je odvijal brez komplikacij. Oče 1 je izpostavil, da so imeli že v primarni družini sproščen odnos do nosečnosti, poroda in se je o teh tematikah veliko pogovarjal s staršema, predvsem z očetom.

**Tabela 1: Identificirane kategorije in kode****Table 1: Identified categories and codes**

<i>Kategorija / Category</i>	<i>Koda / Code</i>
Doživljanje poroda	Pričakovanja vs. izkušnja poroda Boljša pripravljenost drugič kot prvič Aktivna udeležba vs. opazovalec dogajanja
Iniciativa za prisotnost pri porodu	Pomen prisotnosti pri porodu
Občutja med porodom	Pozitivna občutja Negativna občutja
Odnos z zdravstvenim osebjem	Zadovoljstvo z odnosom Profesionalnost osebja
Prvo srečanje z novorojenčkom	Najlepši trenutek v življenju Močna čustva

Vseh pet očetov je povedalo, da so bili na drugi porod bolje pripravljeni kot na prvega. Vedeli so, kaj približno lahko pričakujejo, pa tudi to, da so se na porod pripravljali bolj intenzivno. Oče 2 je povedal, da se je na porod pripravjal že s tem, ko je opazoval partnerko, kako je gnezdila, in ko sta skupaj pripravljala stvari za otroka. Oče 3 je poudaril pomen psihološke oziroma čustvene priprave na porod, ki sta jo s partnerko prejela z obiski psihoterapevke. Na ta način sta pridobila veliko novega znanja in bila v primerjavi s prvim porodom veliko bolj opolnomočena.

Trije od petih očetov so od babice dobili navodila, kje je njihovo mesto, ni pa jih bolj vključila v porodni proces. Bili so ob partnerki, jo spodbujali, po potrebi nosili vodo in jo držali za roko. Večinoma so si želeli, da bi jih babica bolj vključila v porodno dogajanje.

*V porodni sobi se mi je zdel, /.../ da mi /babica/ ni ravno dala kakšnega dela. Tega vključevanja se mi zdi, da ni bilo nekaj. Tk', bolj se probaš sam vključiti. Tk' npr., če se on poheca, se še ti nazaj. Tk' z vidika komunikacije. Se nisem pa počutil nič odrinjenega. Sprejet, ne pa z neko funkcijo.* (Oče 4)

Dva izmed očetov sta bila v porodno dogajanje vključena aktivno. Partnerkama sta pomagala pri menjavi položajev, pri predihavanju popadkov, tuširanju, ju masirala. Tako sta se počutila koristno, prijetno in zaželeno, predvsem pa samostojno in samozavestno.

### *Iniciativa za prisotnost pri porodu*

Za vseh pet očetov, ki so sodelovali v raziskavi, je bila odločitev, da bodo prisotni pri porodu partnerke, povsem samoumevna. S prisotnostjo pri porodu so ji želeli nuditi fizično in čustveno podporo. Tudi tisti očetje, ki so med porodom zavzeli manj aktivno vlogo, so od partnerke dobili potrditev, da jim je njihova prisotnost veliko pomenila.

*Tk' se mi je zdelo, da v nekem majhnem deležu pa lahko vseeno pomagam. Da nisem tam v breme, ampak mi je Petra pri obeh prejšnjih porodih dala vedet', da me ful rabi in da je v redu, da sem tam zraven. Tako, da je bilo tako jasno. Nisem niti razmišljal (o prisotnosti pri porodu), a ja al ne.* (Oče 4)

Vsi očetje v raziskavi so povedali, da želijo biti prisotni tudi pri morebitnih nadaljnjih porodih svoje partnerke. Oče 5 je izrazil željo, da bi bili pri naslednjem porodu prisotni tudi sorojenci otroka. Oče 1 pa je izpostavil, da je s prisotnostjo pri porodu poglobil spoštovanje do ženskega telesa, ženske moči in ženske nasploh.

*Moški se mora udeležiti poroda, da bo imel še večji rešpekt do žene, kot ga že ima. To je prvi pogoj. To jaz vsakemu rečem. Tudi če ne maraš krvi, tudi če padeš dol zaradi krvi, stari moj. Pejdi zraven, glej od deleč, če je treba. Ampak bodi tam, v sobi. Ker boš res dobil tak rešpekt. Žena ti bo rodila otroka in tista glava ni tako majhna, kot ko jo držiš ti v roki.* (Oče 1)

### *Občutja med porodom*

Očetje so med porodom občutili različna, vendar zelo intenzivna, tako pozitivna kot negativna občutenja. Očetje so izpostavili, da so na začetku poroda občutili vznemirjenje. Poleg vznemirjenosti je bilo v njih prisotno tudi pričakovanje. Pričakovanje, kaj vse bodo prinesle naslednje ure in kako se bodo odvijali dogodki. Oče 4 je povedal, da se je umiril z molitvijo, ko je čakal, da so partnerki posneli kardiotokogram v sprejemni ambulanti. Kljub prevladujočim pozitivnim občutenjem med porodom so vsi očetje izpostavili, da jih je bilo vsaj v enem delu poroda strah. Strah so občutili zaradi nove situacije, saj niso vedeli, kako se bodo v njej znašli. Kljub temu da je pri vseh šlo za drugo izkušnjo s porodom, so imeli občutek, da so se ponovno znašli v novi, neznani situaciji. Očetje so navedli tudi zaskrbljenost tako za partnerko kot tudi za še nerojenega otroka. Za partnerko so bili zaskrbljeni glede popadkov in moči porodne bolečine. Oče 5 je izpostavil, da je bil med porodom zelo vznemirjen, jezen in celo besen, saj ni razumel, zakaj je porodničar naredil epiziotomijo. Trije očetje so izpostavili, da so bili v skrbeh, ko se je med snemanjem kardiotokograma izgubil signal in aparat ni več zaznaval plodovih srčnih utripov.

*Ko sem bil v porodni sobi z Anjo, je bilo vse novo, sploh prvič. Uno haljo dobiš, un pulz gledaš tam*

(kardiotokogram). *Pa vem enkrat, ko se malo premakne (pilota kardiotokografa), pa se izgubi pulz (ploda), pa potem, kaj je zdaj, kaj je narobe. Pač, ko ne veš.* (Oče 2)

Ob koncu poroda so se počutili najsrečnejše v svojem življenju, obenem pa so občutili olajšanje, da je porod končan. Že med samim porodom so postajali vse bolj ponosni na svojo partnerko, predvsem ob koncu poroda, ko so videli, česa je zmožno žensko telo. Trije očetje so povedali, da ob pogledu na novorojenčka niso mogli zadrževati solz in so jokali od sreče.

### *Odnos z zdravstvenim osebjem*

Nekateri očetje so bili v porodno dogajanje vključeni aktivneje, drugi so bili bolj opazovalci dogajanja. Večinoma so bili vsi z odnosom z babico zadovoljni. Tako babica kot ostalo zdravstveno osebje so bili do njih prijazni, ustrezljivi in sproščeni. Oče 3 in oče 1 sta še posebej izpostavila babici, ki sta se jima vtisnili v spomin. Bili sta zelo sproščeni, dostopni, zaupali sta v par in sta očeta tudi aktivno vključili v porodni proces.

*So naju pustili (zdravstveno osebje) in naju ni nihče motil. Vse, kar je bilo, je bilo to, da je babica merila utrip (ploda). In dejansko je bilo res dobro, ker se pol ti pogovarjaš in pol sem jo jaz tolažil, ko je bila nekaj zmatrana, pa pol ji pomagaš, ko je šla pod tuš in ni problema, da kar koli uporabiš. In vsi so bili tako prijazni, Zmeraj, če kar koli rabiš oziroma če sem poklical, je takoj prišla /babica/. (Oče 3)*

Oče 5 je izpostavil, da sam ni točno vedel, kdo je kdo in kakšno vlogo ima posamezno zdravstveno osebje. Res je, da se je porod njunega otroka odvijal izjemno hitro, na oddelku in ne v porodni sobi. Pogrešal je, da bi ga aktivneje vključili v porodno dogajanje, da se ne bi počutil tako zmedeno in da bi se mu osebje predstavilo. Tudi očeta 4 je zmotilo, da se jima babica pri nobenem od treh porodov ni predstavila.

### *Prvo srečanje z novorojenčkom*

Vsi očetje so bili enotni, da je bilo zanje prvo srečanje z novorojenčkom najlepši trenutek v njihovem življenju, ki so ga opisali kot enkrat in nepozaben dogodek. Očetu 3 je ostal v spominu predvsem trenutek, ko so golega novorojenčka položili na njegov gol prsni koš.

*Kmalu po porodu je žena krvavela in sem moral iti ven (iz porodne sobe), da so mi ga /novorojenčka/ dali. In pol sem se slekel in on je bil tudi nagec in pol, ko si koža na kožo, je to nekaj noro dobrega, noro fajn.* (Oče 3)

Na pobudo babice so vsi očetje, razen očeta 5, prekinili popkovnico. To se jim je vtisnilo v spomin kot zelo močno čustveno in simbolno doživetje. Vsi očetje so povedali, da so ob rojstvu otroka občutili izredno močna čustva. Eden izmed očetov je še posebej izpostavil pomen prvega stika z novorojenčkom. Povedal je, kako pomemben je bil ta trenutek za nadaljnje navezovanje z otrokom.

## Diskusija

Očetje, ki so sodelovali v raziskavi, so navedli, da je bila njihova porodna izkušnja večinoma pozitivna. Tako kot v raziskavi Johanssona in sodelavcev (2015) na Švedskem so tudi slovenski očetje povedali, da je bilo rojstvo otroka nepozabno doživetje in življenjska prelomnica. Obenem pa tudi stresna izkušnja, kljub temu da so imeli za seboj že vsaj eno izkušnjo prisotnosti pri porodu. Stres jim je predstavljalo novo, nepoznano okolje in osebje, ki ga niso poznali. Dva izmed petih očetov sta bila pri porodu aktivno udeležena, trije so bili v vlogi opazovalca dogajanja in niso bili aktivno vključeni v porodni proces. Kraljevo združenje babic v Veliki Britaniji (RCM, 2018) navaja, da se bodoči očetje v porodni sobi čutijo bolj sprejeti in spoštovani, kadar so v porodni proces vključeni aktivno. Očetje, ki niso bili deležni aktivne vključenosti v porodno dogajanje, so povedali, da so pogrešali večjo vključenost s strani babice. Tudi Steen in sodelavci (2012) ugotavljajo, da so očetje še vedno prevečkrat postavljeni v vlogo pasivnega opazovalca porodnega dogajanja, kljub temu da si želijo biti obravnavni kot enakovredni del para, ki se mu rojeva otrok.

Naša raziskava je pokazala, da so bili očetje vseeno prisotni ob partnerkah in so jim nudili čustveno podporo ter jim dajali občutek varnosti. To je skladno z ugotovitvami avtorjev Grahek (2014) ter Johansson in sodelavcev (2015), ki so poročali, da partnerjeva psihofizična prisotnost ugodno vpliva na razplet poroda. Drglin (2011) ter Abushaikha in Massah (2012) izpostavljajo, da na vključenost partnerja v ob-, med- in poporodno obdobje vplivajo številni dejavniki, kot so partnerski odnos, kulturno okolje, navade in prepričanja para. Očetje v naši raziskavi so povedali, da je bila prisotnost pri porodu njihova lastna želja in o tem, da ne bi bili zraven, sploh niso razmišljali. Slednje se ujema tudi z navedbo Drglinove (2011), ki opisuje, da je večina slovenskih očetov pri porodu prisotna na lastno željo. Johansson in sodelavci (2015) ob tem opominjajo na nasprotno: nekateri očetje pri samem porodu ne želijo biti prisotni, njihovo odločitev pa je treba spoštovati.

Med porodom so očetje občutili številne intenzivne občutke, kar je skladno s predhodnimi ugotovitvami v raziskavi Poha in sodelavcev (2013). V skrbeh so bili zaradi partnerke, kako se bo soočila z močjo porodne bolečine, in zaradi otroka, če so se na kardiotokogramu izgubili plodovi srčni utripi. Občutili so nemoč, saj niso vedeli, kako lahko pomagajo partnerki. Tako kot v raziskavi, ki sta jo opravila Ledenfors in Berterö (2016), so si očetje želeli narediti vse, da bi porodno bolečino partnerki lahko zmanjšali oziroma jo odvezli. Zaradi nove, neznane situacije in osebja so občutili tudi strah. Ob koncu poroda so očetje občutili srečo, da se je porod končal in da je s partnerko in otrokom vse v redu. Intenzivnost prvega stika z novorojenčkom ter močna čustva ob življenjski prelomnici očetov potrjujejo tudi raziskave, ki so jih opravili Sapountzi-

Krepia in sodelavci (2015) ter Ledenfors in Berterö (2016). Navezovanje z otrokom v prvih trenutkih po rojstvu je po mnenju Longwortha in Kingdona (2011) pomembna popotnica za prehod v očetovstvo.

Večinoma so bili očetje zadovoljni z babico in zdravstvenim osebjem. Izpostavili so njihovo sproščenost, prijaznost, ustrežljivost ter profesionalnost. Clemente in Prosen (2013) navajata, da so slovenski očetje v njihovi raziskavi s strani babice dobili dovolj informacij, niso pa dobili ustrezne čustvene podpore. Štirje očetje v naši raziskavi so povedali, da so od babice dobili dovolj psihofizične podpore, eden izmed očetov pa z zdravstvenim osebjem ni bil zadovoljen, saj se mu odnosi niso zdeli profesionalni, prav tako ni dobil dovolj informacij. Po mnenju Hildingssona in sodelavcev (2013) so odgovori na vprašanja in kakovost informacij za očete ključni, da se v porodni sobi počutijo sprejete. Vključenost in sprejetost očeta s strani babice in ostalega zdravstvenega osebja je izjemnega pomena za očetovo pozitivno porodno izkušnjo (Steen, et al., 2011; Johansson, et al., 2015; Longworth, et al., 2015). Johansson in sodelavci (2015) ter Kraljevo združenje babic (RCM, 2018) opozarjajo na to, kako veliko vlogo ima zdravstveno osebje v pred-, med- in obporodnem obdobju. Njihova naloga je, da očetom porod predstavijo kot nekaj naravnega, fiziološkega, da jim predstavijo sam porod, jih informirajo o pomenu njihove prisotnosti pri porodu ter jih aktivno vključijo v porodno dogajanje.

Po mnenju očetov je na njihovo doživljanje poroda najbolj vplivalo to, da so se počutili dobro pripravljene na porod. Vsi očetje so že imeli vsaj eno porodno izkušnjo, prav tako so se na ta porod bolje pripravili. Tudi po mnenju Hildingssona (2013) in Kraljevega združenja babic (RCM, 2018) je za lepšo porodno izkušnjo očeta pomembno, da dobi dovolj ustreznih informacij že med nosečnostjo. Tako se počuti bolj samozavestno ter opolnomočeno, kar posledično vpliva tudi na samo izkušnjo s porodom. Bergstrom in sodelavci (2013) ter Sapountzi-Krepia in sodelavci (2015) opozarjajo, da se morajo babice in ostalo zdravstveno osebje zavedati pomembne vloge, ki jo ima oče pri porodu. Poh in sodelavci (2013), Johansson in sodelavci (2015) ter Smyth in sodelavci (2015) poudarjajo pomen individualnih priprav za očete, kar je dobra investicija za njihove boljše porodne izkušnje.

Kljub relativno majhnemu vzorcu predpostavljamo, da so se za sodelovanje v raziskavi javili visoko motivirani posamezniki, ki se zavedajo pomena prisotnosti ob porodu za navezovanje v družini. Ker je raziskav na to temo tako v Sloveniji kot tudi v tujini malo, predstavlja kvalitativni način raziskovanja poglobljen uvid v samo situacijo ter možnost pridobitve podrobnejših informacij.

V praksi bi se lahko oblikovale podporne skupine za bodoče očete, v katerih bi se družili očetje, ki že imajo izkušnjo s porodom, z očeti, ki to izkušnjo še pričakujejo. Prav tako bi lahko med pripravami na starševstvo bodočim očetom ponudili individualna

srečanja z babico; slednje bi bile v času priprav na starševstvo lahko bolj pozorne do očetov in njihovih želja. Prav tako je pomembno izobraževanje babic in ostalega zdravstvenega osebja o pomenu očeta v porodni sobi in njegovi aktivni udeležbi pri porodnem procesu. Izsledki naše raziskave odpirajo nadaljnja vprašanja: lahko bi raziskali doživljanje žensk ali babic glede prisotnosti očetov pri porodu ali možnosti bolj aktivnega vključevanja očetov v porodno dogajanje.

## Zaključek

V današnjem času so očetje v družinsko življenje vključeni veliko aktivneje kot v preteklosti. Del tega je tudi spremljanje partnerke pri porodu in rojstvu otroka. S kvalitativno vsebinsko analizo smo pridobili poglobljen uvid v to, kako očetje v Sloveniji doživljajo porod in rojstvo svojega otroka. Očetje so bili pri porodu prisotni na svojo lastno željo. Med porodom doživljajo najrazličnejša čustva, zato bi potrebovali pripravo oziroma večjo podporo za regulacijo. Očetje so navedli, da jim rojstvo otroka predstavlja najlepší trenutek v njihovem življenju, da pa si želijo boljših priprav na porod že v času nosečnosti, saj lahko le na tak način nudijo ustrezno podporo svoji partnerki. Nekateri očetje v raziskavi so bili s strani babice aktivno vključeni v porodno dogajanje, drugi so bili opazovalci dogajanja. Med porodnim procesom si želijo očetje s strani babice in ostalega zdravstvenega osebja dobiti predvsem občutek sprejetosti in zaželenosti, ki bi ga lahko pridobili z bolj aktivno vključenostjo v porodno dogajanje.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

## Financiranje / Funding

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

## Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskava je bila pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in Kodeksa etike za babice Slovenije (2014). / Research was carried out in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Midwives in Slovenia (2014).

## Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je pod mentorstvom druge in tretje avtorice opravila raziskavo in idejno zasnovala prispevek. Soavtorici sta sodelovali pri metodološki zasnovi raziskave, opravili kritični pregled osnutka

ter z dopolnitvami pripomogli h končni različici prispevka. / The first author conducted the research and conceptualised the manuscript draft under the supervision of the second and third author. The second and third author participated in the methodological design of the research and carried out a critical review of the draft, and supplemented it with the final version of the paper.

## Literatura

- Abushaikha, L. & Massah, R., 2012. The roles of father during childbirth: the lived experiences of Arab Syrian parents. *Health Care for Women International*, 33(2), pp. 168–181. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.610534> PMID: 22242656
- Baxter, J.D., McCourt, C. & Jarrett, P.M., 2014. What is current practice in offering debriefing services to postpartum women and what are the perceptions of women in accessing these services: a critical review of the literature. *Midwifery*, 30(2), pp. 194–219. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.013> PMID: 24491690
- Bergström, M., Rudman, A., Waldenström, U. & Kieler, H., 2013. Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(8), pp. 967–973. <https://doi.org/10.1111/aogs.12147> PMID: 23590647
- Bohren, M.A., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Fukuzawa, R.K. & Cuthbert, A., 2017. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(7), art. ID CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6> PMID: 28681500; PMCID: PMC6483123
- Clemente, N. & Prosen, M., 2013. Priprava moških na rojstvo otroka in očetovstvo. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 47(2), pp. 194–201. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2927> [28. 7. 2019].
- Drglin, Z., 2011. *Za zdrav začetek: šola za starše – priprava na porod in starševstvo kot del vzgoje za zdravje: teoretična izhodišča, izvedbeni in metodološki predlog*. 1. izd. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 39–41. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/za\\_zdrav\\_zacetek.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/za_zdrav_zacetek.pdf) [28. 7. 2019].
- Grahek, P., 2014. *Očetovstvo v pozni modernosti: prakse očetovanja v zgodnjem otroštvu: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 10–31. Available at: <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?id=30419> [24. 6. 2019].
- Green, J. & Thorogood, N., 2004. *Qualitative methods for health research*. London: SAGE Publications.
- Hildingsson, I., Johansson, M., Fenwick, J., Haines, H. & Rubertsson, C., 2013. Childbirth fear in expectant fathers: finding from a regional Swedish cohort study. *Midwifery*, 30(2), pp. 242–247. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.001> PMID: 23455031
- Johansson, M., Fenwick, J. & Premberg, A., 2015. A meta-synthesis of father's experiences of their partner's labour and the birth of their baby. *Midwifery*, 31(1), pp. 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.005> PMID: 24906562
- King, N. & Horrocks, C., 2010. *Interviews in qualitative research*. London: SAGE Publications.
- Kodeks etike za babice Slovenije*, 2014. Uradni list Republike Slovenije, št. 71.
- Kordeš, M. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 51–60.
- Ledenfors, A. & Berterö, C., 2016. First-time fathers' experiences of normal childbirth. *Midwifery*, 40(9), pp. 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.013> PMID: 27428095
- Longworth, M.K., Furber, C. & Kirk, S., 2015. A narrative review of fathers' involvement during labour and birth and their influence on decision making. *Midwifery*, 31(9), pp. 844–857. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.004> PMID: 26165171
- Longworth, H.L. & Kingdon, C.K., 2011. Fathers in the birth room: what are they expecting and experiencing: a phenomenological study. *Midwifery* 27(5), pp. 588–594. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.06.013> PMID: 20673600
- Novak, S., 2015. *Starševstvo in delitev družinskega dela: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Fakulteta za družbene vede, pp. 3–25. Available at: [http://dk.fdv.uni-lj.si/diplomska\\_dela\\_1/pdfs/mb11\\_novak-sasa.pdf](http://dk.fdv.uni-lj.si/diplomska_dela_1/pdfs/mb11_novak-sasa.pdf) [27. 7. 2019].
- Perinatalni informacijski sistem Slovenije [PERIS], 2018. *Prisotnost očeta pri porodu po statističnih regijah, Slovenija, letno*. Available at: [https://podatki.nijz.si/Selection.aspx?px\\_path=NIJZ%20podatkovni%20portal\\_1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva\\_03%20Porodi%20in%20rojstva&px\\_tableid=PIS\\_TB\\_4.px&px\\_language=sl&px\\_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=d9527077-a453-41cd-ae6f-ae8b0bbb6e8](https://podatki.nijz.si/Selection.aspx?px_path=NIJZ%20podatkovni%20portal_1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva_03%20Porodi%20in%20rojstva&px_tableid=PIS_TB_4.px&px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=d9527077-a453-41cd-ae6f-ae8b0bbb6e8) [20. 7. 2019].
- Poh, H.L., Koh, S.S., Seow, H.C. & He, H.G., 2013. First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: a descriptive qualitative study. *Midwifery*, 30(3), pp. 779–787. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.002> PMID: 24238935

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

Royal College of Midwives [RCM], 2018. *Reaching out: involving fathers in maternity care*. Available at: [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Father%27s%20Guides%20A4\\_3\\_0.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Father%27s%20Guides%20A4_3_0.pdf) [28. 7. 2019]

Sapountzi-Krepia, D., Psychogiou, M., Sakellari, E., Tsiligiri, M. & Vehvilainen-Julkunen, K., 2015. Greek fathers' experiences from their wife's/partner's labour and delivery: a qualitative approach. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), pp. 470–477. <https://doi.org/10.1111/ijn.12326>  
PMid: 25307699

Smyth, S., Spence, D. & Murray, K., 2015. Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners and for parenthood. *British Journal of Midwifery*, 5(23), pp. 336–342. <https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.5.336>

Steen, M., Downe, S., Bamford, N. & Edozien, L., 2012. Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. *Midwifery*, 28(4), pp. 362–371. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.009>  
PMid: 21820778

Švab, A., 2008. Novo očetovstvo v kontekstu družinskih sprememb. In: M. Ule, ed. *Novo očetovstvo v Sloveniji*. 1 izd. Ljubljana: Univerza v Ljubljani: Fakulteta za družbene vede, pp. 34–36.

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 Koper: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko: Založba Annales, pp. 17–19.

Whitehead, L., 2011. Qualitative data analysis. In: S. Jirojwong, M. Johnson & A. Welch, eds. *Research methods in nursing & midwifery: pathways to evidence-based practice*. Victoria: Oxford University Press, pp. 263–284.

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>  
PMid:24141714.

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Bezeljak, A., Mivšek, A. P. & Petročnik, P., 2020. Izkušnje partnerjev s prisotnostjo pri porodu: kvalitativna deskriptivna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), 21–28. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2995>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

# Veljavnost in zanesljivost vprašalnika o potencialnih dejavnikih stresa zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah: kavzalno-neeksperimentalna metoda

## Validity and reliability of a questionnaire on potential stressors for nursing care staff in Slovenian hospitals: a causal non-experimental method

Mojca Dobnik<sup>1,2,\*</sup>, Matjaž Maletič<sup>3</sup>, Brigita Skela-Savič<sup>4</sup>

**Ključne besede:** delovni pogoji; preobremenjenost; merske lestvice

**Key words:** working conditions; overload; measuring scales

<sup>1</sup> Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija

<sup>2</sup> Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstveno vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

<sup>3</sup> Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Kidričeva cesta 55a, 4000 Kranj, Slovenija

<sup>4</sup> Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

\* Korespondenčni avtor /  
Corresponding author:  
mojca.dobnik@ukc-mb.si

Članek je nastal na osnovi doktorske disertacije Mojce Dobnik *Vplivni dejavniki stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah in njihova povezanost s kulturo kakovosti in varnosti* (2019).

### IZVLEČEK

**Uvod:** Zaposleni v zdravstveni negi so izpostavljeni številnim dejavnikom stresa. V slovenskem prostoru doslej nismo imeli instrumenta za merjenje stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi. Namen raziskave je bil validirati vprašalnika o merjenju stresorjev, ki so jim izpostavljeni zaposleni v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah.

**Metode:** Uporabljena je bila kvantitativna deskriptivna metoda, s kavzalno-neeksperimentalnim raziskovalnim dizajnom. Podatki so bili zbrani s pomočjo vprašalnikov »Lestvica za merjenje stresa« in »Stres na delovnem mestu bolnišničnih zdravstvenih delavcev«, združenih v merski instrument »Potencialni dejavniki stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi«. Validacija vprašalnika je bila izvedena na priložnostnem vzorcu 983 zaposlenih v 21 slovenskih bolnišnicah. Podatki so analizirani z opisnimi metodami in faktorsko analizo.

**Rezultati:** Z eksploratorno faktorsko analizo je preostalo 34 spremenljivk, ki pojasnijo 68 % celotne variabilnosti. Vrednosti Kaiser-Meyer-Olkinove mere primernosti vzorca in Bartlettovega testa sferičnosti (KMO = 0,931, Bartlett:  $\chi^2(561) = 9670,501, p < 0,001$ ) so se izkazale kot primerne za izvedbo eksploratorne faktorske analize, s katero smo dobili devet faktorjev. Vprašalnik je zanesljiv, vrednosti koeficienta Cronbach  $\alpha$  se gibljejo na intervalu od 0,805 do 0,932.

**Diskusija in zaključek:** Vprašalnik je zanesljiv in veljaven instrument za merjenje potencialnih stresorjev v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah in odpira možnosti primerjav z veljavnimi instrumenti v tujini. Merilni instrument je namenjen managerjem v zdravstveni negi.

### ABSTRACT

**Introduction:** Nursing care staff are exposed to many stress factors; however, in Slovenia there has not been a stressor measuring instrument applied thus far. The aim of the study was to establish the validity and reliability of the questionnaire for measuring stressors that the nurses working in Slovenian hospitals are exposed to.

**Methods:** A quantitative-descriptive method of research with a causal non-experimental design was used. Data was collected using the Scale for stress measurement and the Stress at the workplace of nursing staff, and merged into the measuring instrument called the Potential stressors for employees in health care. Validation was conducted on a causable sample of 983 nursing care workers in 21 Slovenian hospitals. Data were analyzed using descriptive methods and factor analysis.

**Results:** Using the exploratory factor analysis, 34 variables remained explaining 68 % of the total variability. Kaiser-Meyer-Olkin values of sampling adequacy and Bartlett's spherical test (KMO = 0.931, Bartlett:  $\chi^2(561) = 9670.501, p < 0.001$ ) have proved to be suitable for the exploratory factor analysis delivering 9 factors. The questionnaire is reliable. Cronbach's alpha values vary on the interval from 0.805 to 0.932.

**Discussion and conclusion:** The questionnaire is a reliable and valid instrument for measuring potential stressors in nursing care in Slovenian hospitals and thus provides several possibilities for comparison with other established instruments abroad. The measuring instrument has been designed for nursing care managers.



Prejeto / Received: 16. 7. 2019  
Sprejeto / Accepted: 23. 11. 2019

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2988>

## Uvod

Problem, ki smo ga zaznali v vsakdanji praksi v kliničnem okolju, je pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi in njihov beg iz poklica. Zaposleni v zdravstveni negi v vsakdanji praksi navajajo številne stresne dejavnike, ki so pogosto razlog sprejetja odločitve, da zapustijo delovno mesto ali poklic (Zupančič, 2017; Ažman, 2018; Lorenci, 2018; Sagaj, 2018). Raziskovalni problem, ki smo ga zaznali, je, da v slovenskem prostoru ni instrumenta, s katerim bi lahko dejavnike stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi tudi izmerili.

Obvladovanje obremenitev in upravljanja s časom je eden od zelo pomembnih dejavnikov zadovoljstva pri delu. Slaba organizacija dela, spreminjanje razmer, neučinkovito organiziranje časa in nenehno prilagajanje standardom zdravstvene dejavnosti (Wang, 2017) so lahko razlogi za stres pri zaposlenih v zdravstveni negi (Uwimana, 2017; Pahlavanzadeh, et al., 2018). Slednji je pogosto rezultat napak pri izvajanju poslovnih funkcij in vodenja zaposlenih, za kar je pristojen in odgovoren predvsem zdravstveni management (Kerrigan, et al., 2017; Udod, et al., 2017; Labrague, et al., 2018).

Stresorji zaposlenih v zdravstveni negi se močno razlikujejo glede na zahtevnost delovnega mesta (Henrich, et al., 2017). Pomemben dejavnik stresa zaposlenih v zdravstveni negi je izmensko delo (Zhang, et al., 2017; Kagamiyama & Yano, 2018), zato je izjemnega pomena zadosten čas počitka po končanem delavniku (Tsuchiya, et al., 2017; Bae, et al., 2018; Garcia, et al., 2018). Počitek je zaradi dela, ki presega delovni čas, lahko skrajšan. Pomanjkanje počitka še dodatno povečuje visoke zahteve na delovnem mestu ter prav tako neizogibna domača opravila (Ghislieri, et al., 2017; Jones-Berry, 2018).

Poznamo še druge delovne stresorje zaposlenih v zdravstveni negi, kot so delovne preobremenitve in pomanjkanje časa (Jilk, 2017; Harison, 2018), pomanjkanje socialne podpore (Fu, et al., 2018; Shohani, 2019), izpostavljenost nalezljivim boleznim (Sserwadda, et al., 2018), vbodi z iglo (Mandić, et al., 2018), nasilje ali grožnje (Bambi, et al., 2018), vloga nejasnosti in spori na delovnem mestu (MacAteer, et al., 2016), premalo ustrezno izobraženega kadra (Middleton, 2016; Jones-Berry & Munn, 2017), omejene možnosti za napredovanje, delo s težko bolnimi ali soočanje s smrtjo (Henrich, et al., 2017).

Obstajajo različni instrumenti za merjenje psihološkega stresa ter obremenitev na delovnem mestu (Nuebling, et al., 2006), oceno delovnega mesta zaposlenega (Bai, et al., 2015), vpliva delovnega okolja na klinično prakso v zdravstveni negi (Elmi, et al., 2017; Jing, et al., 2017; Ogata, et al., 2018) in oceno zdravega delovnega okolja (Huddleston, et al., 2017).

V Sloveniji sicer obstajajo posamezne raziskave po strokovnih področjih ali enotah / zavodih (Vršič, 2013;

Franci, 2015; Ovčar, 2015; Nemeč & Čuček Trifkovič, 2017; Kmetič, 2018), a niso opravljene z enotnim instrumentom. V tujini uporabljajo zgoraj omenjene validirane vprašalnike, ki pa niso v celoti primerni za klinično okolje, ali vprašalnike, ki so sicer primerni za klinično okolje, vendar ne za slovenski prostor.

## Namen in cilji

Namen raziskave je bil na relevantnem vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah preveriti veljavnost, zanesljivost in faktorsko strukturo vprašalnika »Potencialni dejavniki stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi«. Cilj raziskave je bil razviti zanesljivo in veljavno orodje za identifikacijo dejavnikov in stopnje stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah, ki bi managerjem v zdravstveni negi lahko pomagalo k zmanjšanju absentizma in fluktuacije.

## Metode

Uporabili smo kvantitativno deskriptivno metodo raziskovanja s kavzalno-neeksperimentalnim dizajnom.

## Opis instrumenta

Vprašalnik »Potencialni dejavniki stresa zaposlenih v zdravstveni negi« je bil oblikovan za namen raziskave. Teoretično izhodišče vprašalnika predstavljata glavna vira: »Lestvica stresa pri medicinskih sestrah« (»Nursing Stress Scale« – NSS) (Gray-Toft & Anderson, 1981) in »Stres na delovnem mestu bolnišničnih zdravstvenih delavcev« (»Stres na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika«) (Milošević, 2010). Adaptiran vprašalnik NSS je bil uporabljen v številnih raziskavah v tujini (Gray-Toft & Anderson, 1981; Lee, et al., 2007; Qiao, et al., 2011; Wang, et al., 2011; Alhajjar, 2013; Didehvar, et al., 2016; Alkrisat & Alatrash, 2017; Demiral, et al., 2017). Vsebuje sedem podlestvic, ki predstavljajo sedem dejavnikov stresa zaposlenih v zdravstveni negi: smrt in umiranje, konflikt z zdravniki, neustrezna priprava, pomanjkanje podpore, konflikt s sodelavci, delovna obremenitev in negotovost, povezana z zdravljenjem.

Vprašalnik »Stres na delovnem mestu bolnišničnih zdravstvenih delavcev« (»Stres na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika«) (Milošević, 2010) je namenjen ocenjevanju nevarnosti, škode in napora na delovnem mestu zdravstvenih delavcev. Vsebuje 37 vprašanj (pet se jih podvaja z vprašalnikom NSS, zato jih ne zapišemo ponovno) s šestimi podlestvicami: organizacija delovnega mesta in finančna vprašanja, javna kritika in sodne pritožbe, nevarnost in poškodbe pri delu, konflikti in komunikacija pri delu, izmensko delo, strokovne in intelektualne zahteve.

Vprašalnik »Potencialni dejavnik stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi« zajema bolnišnično



okolje in je nastal po zgledu prej omenjenih vprašalnikov s prilagoditvijo vsakodnevni praksi v Sloveniji. Glede na navedeno smo število trditev vprašalnika NSS zmanjšali s 34 na 24. Javno dostopna instrumenta sta bila uradno prevedena iz angleškega in hrvaškega v slovenski jezik.

Vprašalnik »Potencialni dejavniki stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi« smo aplicirali na slovensko delovno bolnišnično okolje. Sledi trenutnim zahtevam in kompetencam dela zaposlenih v zdravstveni negi in vsebuje 56 vprašanj; tistih, ki so identična v obeh vprašalnikih, ne podvajamo. Anketiranci so se do trditev opredeljevali na petstopenjski Likertovi lestvici (1 – ni stresno, 2 – redko stresno, 3 – občasno stresno, 4 – stresno, 5 – izrazito stresno). Najnižja možna ocena združenega vprašalnika je 56, najvišja pa 280 točk. Predhodno je bila vsebinska veljavnost vprašalnika ocenjena na vzorcu 30 zaposlenih v zdravstveni negi; pozneje ga nismo spreminjali. Merski instrument je zanesljiv. Konstruktno veljavnost smo preverjali s komponentno analizo, z metodo glavnih komponent. Primernost podatkov za izvedbo komponentne analize smo preverjali s Kaiser-Meyer-Olkinovim (KMO) testom primernosti vzorca in z Bartlettovim testom sferičnosti. Glede na vrednosti KMO in Bartlettovega testa so se podatki izkazali kot primerni za izvedbo (eksploratorna faktorska analiza (EFA): KMO = 0,931, Bartlett:  $\chi^2(561) = 9670,501$ ,  $p = 0,001$ ). Rezultati obeh testov so bili zadovoljivi. Vrednost Kaiser-Meyer-Olkinovega testa je bila 0,93, Bartlettov test sferičnosti pa je bil statistično značilen. Vrednosti koeficientov asimetričnosti in koeficientov sploščenosti na posameznih postavkah vprašalnika so bile večinoma med -1 in 1 (z rahlim, zanemarljivim odstopanjem pri nekaterih postavkah), kar nakazuje normalno porazdelitev podatkov. Cronbach  $\alpha$  koeficienta notranje konsistence se giblje na intervalu od 0,805 za faktor F7 (»Informacijski sistem«) do 0,932 za faktor F2 (»Konflikti in komunikacija na delovnem mestu«).

### Opis vzorca

Raziskava je zajela velik priložnostni vzorec zaposlenih v zdravstveni negi v 21 slovenskih bolnišnicah. Kriterij je bil zaključeno vsaj srednješolsko izobraževanje ( $N = 8787$ ). Skupaj je bilo razdeljenih 1802 (20,5 %) vprašalnikov, delež izpolnjenih je bil 55 % ( $n = 983$ ). Vzorec predstavlja 11,18 % medicinskih sester v 21 slovenskih bolnišnicah. Zajema zaposlene v vseh izmenah, ki so bili v času izvedbe raziskave v delovnem procesu in so prostovoljno sodelovali. Anketni vprašalnik je izpolnilo 11,7 % ( $n = 115$ ) moških in 88,3 % ( $n = 868$ ) žensk. Povprečna starost anketirancev je bila 39,94 leta ( $s = 10,18$ ), delovna doba 18,53 leta ( $s = 11,31$ ), čas zaposlitve v zavodu 16,81 leta ( $s = 11,43$ ). Glede na stopnjo izobrazbe v zdravstveni negi je v raziskavi sodelovalo 461 (46,9 %) anketiranih

s srednješolsko izobrazbo, 438 (44,6 %) z visokošolsko, 54 (5,5 %) z univerzitetno izobrazbo izven zdravstvene nege, 28 (2,8 %) z magisterijem/doktoratom, 2 (0,2 %) pa sta označila drugo. Na delovnem mestu zdravstveni tehnik/srednja medicinska sestra je zaposlenih 461 (46,9 %) anketiranih, 416 (42,3 %) na delovnem mestu diplomirana medicinska sestra, 77 (7,8 %) na delovnem mestu strokovnega vodja oddelka/enote, 3 (0,3 %) na delovnem mestu strokovnega vodja klinike, 26 (2,6 %) pa jih je zapisalo drugo. Med anketiranimi jih je 9,8 % ( $n = 96$ ) zaposlenih za določen čas in 90,2 % ( $n = 886$ ) za nedoločen čas. V razdelitvi bolnišnic jih je 308 (31,4 %) zaposlenih v splošnih bolnišnicah, 187 (19 %) v specialnih bolnišnicah, 487 (49,6 %) v kliničnih centrih, 1 (0,1 %) pa ni odgovoril. Glede na delovišče jih 56 (5 %) dela v urgentni dejavnosti, 257 (26,1 %) v intenzivnih enotah, 144 (14,6 %) na negovalnih oddelkih, 365 (37,1 %) na bolnišničnih oddelkih, 67 (6,8 %) v ambulantah, 11 (1,1 %) v dnevni bolnišnici, 83 (8,4 %) pa jih je označilo drugo.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vzorčni okvir oziroma naša ciljna populacija raziskave so zaposleni v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah. Raziskava je bila izvedena na opazovani populaciji, torej na tistih enotah ciljne populacije, ki so bile v času raziskovanja v delovnem procesu, v vseh izmenah. Raziskovalka je po navodilih ustanov vprašalnike posredovala koordinatorju v zavodu, ki jih je nato razdelil med zaposlene v zdravstveni negi. Anketirani so imeli deset dni časa, da so vprašalnik vrnili v temu namenjeno zbirno mapo, kuverto ali škatlo na oddelku. Nepristranskost smo zagotovili z uporabo anonimnega vprašalnika, raziskovalka pa je zaposlena v eni izmed slovenskih bolnišnic. Pridobili smo ustrezno etično soglasje Komisije za medicinsko etiko. Vsi anketiranci so bili v nagovoru vprašalnika seznanjeni z namenom, anonimnostjo in prostovoljno odločitvijo za sodelovanje v raziskavi. Pred izvedbo smo pridobili pisna soglasja sodelujočih bolnišnic. Uporabljene metode analize podatkov so opisna statistika, Pearsonova korelacijska analiza, faktorska analiza in Cronbach alfa. Podatki so bili obdelani s programom SPSS, verzija 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Upoštevana je bila stopnja značilnosti  $p < 0,05$ .

### Rezultati

Pri vprašalniku »Potencialni dejavniki stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi« smo najprej izvedli EFA, kjer je od 56 preostalo 34 spremenljivk, ki predstavljajo devet heterogenih faktorjev – skupaj pojasnijo 68 % celotne variabilnosti. Razdelitev spremenljivk po posameznih faktorjih je razvidna iz rotirane vzorčne matrike (Tabela 1).

**Tabela 1:** Rotirana vzorčna matrika vprašalnika »Potencialni dejavniki stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi«  
**Table 1:** Rotated sample matrix of the "Potential stress factors in employees in nursing care" questionnaire

Šifra / Code	Spremenljivka / Variable	Utež / Weight	Faktor / Factor
NSS20	Strah pred možnostjo okužbe.	1,014	F1: Strah pred nevarnostmi pri delu
NSS21	Strah pred možnostjo poškodbe z ostrimi predmeti.	0,762	
NSS19	Strah pred izpostavljenostjo inhalacij anestetikov.	0,423	
NSS25	Spori z drugimi sodelavci.	0,866	F2: Konfliktno komuniciranje med zaposlenimi in vodji
NSS24	Spori z neposrednimi sodelavci.	0,829	
NSS26	Slaba komunikacija s sodelavci.	0,775	
NSS27	Spori z nadrejenim.	0,632	
NSS37	Pomanjkanje spodbud.	0,859	F3: Pomanjkanje podpore
NSS36	Pomanjkanje socialne in kolegialne podpore.	0,682	
NSS38	Negotovost.	0,484	
NSS29	Izmensko delo.	-0,934	F4: Izmensko in nadurno delo
NSS28	Nočno delo.	-0,847	
NSS30	Delo preko delovnega časa.	-0,769	
NSS31	Dežurstva.	-0,452	
NSS13	Izpostavljenost neustrezni javni kritiki.	0,847	
NSS14	Napačno informiranje pacienta s strani medijev in drugih virov.	0,811	F5: Konflikti s pacienti in svojci ter njihove kritike
NSS12	Neustrezna pričakovanja pacienta in svojcev.	0,776	
NSS15	Konflikti s pacientom in svojci.	0,644	
NSS11	Grožnja pravnih zahtev/sodnih postopkov.	0,611	F6: Profesionalne in intelektualne zahteve
NSS33	»Bombardiranje« z novimi informacijami.	-0,813	
NSS32	Uvajanje novih tehnologij.	-0,780	
NSS34	Roki za dokončanje nalog.	-0,598	
NSS56	Telefonsko naročanje (terapije, preiskave ...).	-0,894	F7: Slab podporni sistem
NSS57	Slab informacijski sistem.	-0,572	
NSS49	Pomanjkljiva delovna oprema.	0,782	F8: Težave zaradi delovne opreme in infrastrukture
NSS50	Velike zamude pri reševanju problemov.	0,754	
NSS47	Infrastruktura, ki podpira zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe.	0,673	
NSS48	Pomanjkanje informacij, pomanjkanje sredstev za izpolnitev nalog.	0,619	
NSS51	Nerealni cilji, visoka pričakovanja – pravočasno in skladno s standardom opravljeno delo.	0,524	
NSS7	Slaba organizacija dela.	0,686	F9: Neustrezna organizacija dela
NSS3	Neustrezni delovni pogoji.	0,587	
NSS6	Nezadostno število zaposlenih.	0,572	
NSS5	Slaba komunikacija z nadrejenimi.	0,556	
NSS10	Preobremenjenost (preveč dela, premalo časa).	0,499	

Legenda / Legend: NSS – lestvica stresa pri medicinskih sestrah / Nursing Stress Scale

Glede na povprečen dosežek (vrednost aritmetične sredine) spremenljivk na podlagi v analizi generiranih vrednosti faktorjev vprašalnika »Potencialni dejavniki stresa zaposlenih v zdravstveni negi« so anketiranci v največji meri ocenili faktor »slaba organizacija dela« ( $\bar{x} = 3,51, s = 0,83$ ), pri čemer so z najvišjo vrednostjo opredelili preobremenjenost ( $\bar{x} = 4,0, s = 0,90$ ), v najmanjši meri pa faktor »nevarnosti pri delu« ( $\bar{x} = 2,75, s = 1,00$ ), pri čemer so z najvišjo vrednostjo opredelili »strah pred možnostjo okužbe« ( $\bar{x} = 3,04, s = 1,14$ ).

EFA diskriminativna veljavnost je zadovoljiva, saj korelacije med faktorji ne presegajo absolutne vrednosti 0,7. Najmanjša stopnja povezanosti je med faktorjema F1 (»Nevarnost pri delu«) in F9 (»Slaba organizacija dela«), najbolj pa sta povezana faktorja F2 (»Konflikti in komunikacija na delovnem mestu«) ter F3 (»Pomanjkanje podpore«). V drugi polovici vzorca smo izvedli konfirmatorno faktorsko analizo (CFA) in s tem preverili ustreznost oziroma prileganje modela podatkom ter dodatno še konvergentno

**Tabela 2:** CFA – zanesljivost in veljavnost**Table 2:** CFA – reliability and validity

Faktor/ Factor	CR	AVE	MSV	Povezanost med faktorji / Relationship between factors								
				F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
F1	0,854	0,666	0,267	/	/	/	/	/	/	/	/	/
F2	0,931	0,773	0,394	0,406	/	/	/	/	/	/	/	/
F3	0,870	0,692	0,430	0,449	0,628	/	/	/	/	/	/	/
F4	0,884	0,657	0,372	0,486	0,412	0,550	/	/	/	/	/	/
F5	0,886	0,610	0,352	0,517	0,499	0,518	0,461	/	/	/	/	/
F6	0,846	0,647	0,372	0,505	0,368	0,604	0,610	0,419	/	/	/	/
F7	0,837	0,720	0,401	0,431	0,353	0,513	0,495	0,412	0,481	/	/	/
F8	0,901	0,646	0,486	0,424	0,436	0,627	0,521	0,557	0,558	0,633	/	/
F9	0,839	0,512	0,486	0,422	0,608	0,656	0,487	0,593	0,385	0,462	0,697	/

Legenda / Legend: CR – mera kompozitne zanesljivosti / measure of composite reliability; AVE – povprečna izločena varianca / Average Variance Extracted; MSV – maksimalne skupne kvadratne variance / Maximum Shared Squared Variance; F1 – Strah pred nevarnostmi pri delu / Fear of dangers at work; F2 – Konfliktno komuniciranje med zaposlenimi in vodji / Conflicting communication between employees and managers; F3 – Pomanjkanje podpore / Lack of support; F4 – Izmensko in nadurno delo / work in shifts and overtime work; F5 – Konflikti s pacienti in svojci ter njihove kritike / Conflicts with patients and relatives, and their criticism; F6 – Profesionalne in intelektualne zahteve / Professional and intellectual requirements; F7 – Slab podporni sistem / Weak support system; F8 – Težave zaradi delovne opreme in infrastrukture / Problems due to work equipment and infrastructure; F9 – Neustrezna organizacija dela / Inappropriate organization of work

in diskriminantno veljavnost. Slednje smo v osnovi zagotavljali že pri EFA. Iz EFA smo izločili spremenljivke, ki imajo nizke vrednosti rotiranih vzorčnih uteži, s čimer smo zagotovili konvergentno veljavnost, izločili pa smo tudi spremenljivke, ki so predstavljale razlike med faktorji v absolutnih vrednostih rotiranih vzorčnih uteži, manjše od 0,2. S tem smo povečali heterogenost faktorjev ter diskriminativno veljavnost, ki jo potrjujejo tudi nizke stopnje povezanosti med faktorji, katerih absolutne vrednosti naj ne bi presegale vrednosti 0,7. Diskriminantno veljavnost smo dodatno preverili tudi pri CFA. Skladnost proučevanega modela s podatki smo preverili z indeksi skladnosti: hi-kvadrat  $\chi^2$  (*chi-square*), CFI (*comparative fit index*) (CFI 0,99), Tucker-Lewisov indeks TLI (*Tucker-Lewis index*) (TLI 0,939), RMSEA (*root mean square error of approximation*) (0,050) in  $\chi^2 / df$  ( $df$  – stopinje prostosti) (472). Proučevani model smemo vzeti za skladen s podatki, če velja: CFI > 0,9, GFI > 0,9, RMSEA < 0,5, TLI > 0,9, NFI > 0,9 (Blunch, 2012). Za preverjanje diskriminantne veljavnosti smo uporabili še vrednosti maksimalne skupne kvadratne variance (MSV, ang. *Maximum Shared Squared Variance*). Diskriminativno veljavnost smo potrdili, saj je vrednost MSV manjša od AVE (povprečna izločena varianca), kvadratni koren od AVE pa je večji od stopnje povezanosti faktorja s preostalimi faktorji. Pri EFA in CFA smo uporabili črtno brisanje (ang. *listwise deletion*), torej smo v ocenjevanje ustreznosti modela vključili samo vprašalnike, ki so imeli v posameznem sklopu vse odgovore. Mere ustreznosti modela (ang. *Model Fit*) zadostujejo okvirnim kriterijem, tako da

ustreznost lahko potrdimo.

Mera kompozitne zanesljivosti pri vseh faktorjih je večja od 0,7. To pomeni, da je zanesljivost merskega instrumenta zadovoljiva (Field, 2005). Konvergentno veljavnost lahko prav tako potrdimo, saj vrednosti AVE presegajo 0,5. MSV je pri vseh faktorjih manjši od AVE, kvadratni koren od AVE pa je pri vseh faktorjih večji od stopnje povezanosti faktorja s preostalimi faktorji. Izpolnjene so torej vse predpostavke, s katerimi smo s CFA preverjali zanesljivost in veljavnost merskega instrumenta (Tabela 2). CFA je namreč naslednji korak po EFA z namenom ugotovitve/potrditve strukture posameznih faktorjev v predlaganem konceptualnem modelu (Byrne, 2010; Kline, 2010; Blunch, 2012; Hair, et al., 2014). Multikolinearnost ni statistične, temveč vsebinske narave; v nadaljnji statistični analizi se lahko pojavi težava pri majhnih vzorcih, kjer je pri vrednostih nad 0,9 treba razmisliti o izključitvi ali zamenjavi kakšne od spremenljivk (Crossman, 2019).

## Diskusija

Tudi v zdravstvu se srečujemo s prizadevanji sodobnega gospodarstva, ki so usmerjena v večjo produktivnost ob čim manjših stroških, kar posledično vodi v preobremenjenost zaposlenih v zdravstveni negi. Zdravstvena nega in oskrba velja za zahteven poklic. Managerji zdravstvenih zavodov bi se morali ukvarjati z dejavniki, ki zaposlenim v zdravstveni negi predstavljajo stres. Managerji na vseh nivojih upravljanja v bolnišnicah bi lahko s pomočjo instrumenta »Potencialni dejavniki stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi« raziskali potencialne

dejavnike stresa (jih prepoznali in ocenili njihovo intenziteto). KMO in Bartlettov test sferičnosti sta pokazala, da je izvedba komponentne analize na zbranih podatkih primerna. S pomočjo faktorske analize, ki nam omogoča pojasnitev variance, skupne več spremenljivkam hkrati (Sočan, 2004), smo dobili devet dejavnikov: strah pred nevarnostmi pri delu, konfliktno komuniciranje med zaposlenimi in vodji, pomanjkanje podpore, izmensko in nadurno delo, konflikte s pacienti in svojci, profesionalne in intelektualne zahteve, slab podporni sistem, težave zaradi delovne opreme in infrastrukture ter neustrezno organizacijo dela. Prvotna NSS s faktorsko analizo ima sedem dejavnikov (Gray-Toft & Anderson, 1981). Pozneje je bila na večjem vzorcu narejena raziskava, ki je dodala dva faktorja, in sicer diskriminacijo ter ravnanje s pacienti in njihovimi družinami (French, et al., 2000). Posamezni faktorji v naši raziskavi so poimenovani nekoliko drugače kot v instrumentu, iz katerega izhajajo. Vključene spremenljivke so bile namreč nekoliko razširjene zaradi združitve dveh instrumentov. NSS-vprašalnik je adaptiran v številna okolja (French, et al., 2000; Lee, et al., 2007; Yao, et al., 2008; Wang, et al., 2018). Zanesljivost vprašalnika, preverjena z analizo zanesljivosti po posameznih dimenzijah anketnega vprašalnika, iz katerega so bile posamezne spremenljivke izločene, je zmerna do visoka. Veljavnost je bila preverjena na več ravneh, na sondažnem vzorcu pred pričetkom raziskave, s katerim smo preverjali razumljivost vprašalnika in vsebinsko veljavnost. Konstruktna veljavnost je bila preverjena s pomočjo korelacijske analize, kjer so bile predpostavljene – sicer zelo visoke – povezave potrjene (Blunch, 2012). Zaključimo lahko, da sta veljavnost in zanesljivost vprašalnika sprejemljivi.

Pomembno je, da se pozornost managerjev v zdravstveni negi, laično javnost ter predvsem politiko opozori na negativne posledice stresorjev v bolnišničnem okolju, ki lahko posledično vplivajo na psihofizično zdravje zaposlenih ter kakovost in varnost oskrbe pacientov (Dobnik, 2019). Rezultate raziskave bi bilo mogoče primerjati s primarno ravno zdravstvene oskrbe ter raziskavo periodično ponavljati, kar bi pokazalo, ali so začrtane izboljšave prinesle rezultate, in usmerilo raziskovanje najpomembnejših dimenzij ter iskanje interakcij, ki v največji meri vplivajo na zdravje zaposlenih/kakovost opravljene zdravstvene oskrbe. Omejitev raziskave je eno samo strokovno področje, zaprta vprašanja brez možnosti konzultacije pri reševanju, prav tako ni večkratnega (zaporednega/vzratnega) prevajanja izvirnika.

## Zaključek

Z raziskavo smo potrdili veljavnost in zanesljivost instrumenta. Razvoj novega instrumenta s prilagoditvijo na klinično okolje predstavlja doprinos k metodologiji obravnave dejavnikov stresa v zdravstveni negi v

slovenskih bolnišnicah. Rezultati raziskave bi morali vzbuditi management zdravstvene nege, da jih uporabi in po potrebi izvede lastne raziskave ter odkrije vzroke nezadovoljstva, fluktuacije in uhajanja iz poklica zaposlenih v zdravstveni negi v bolnišnicah. Tako je podana možnost izboljšav, oblikovalcem zdravstvene politike pa so predstavljeni rezultati, podprti z dokazi. Z analizo instrumenta so narejeni prvi koraki k pripomočku za identifikacijo dejavnikov stresa in merjenje intenzitete, ki je prilagojen ustreznemu kliničnemu okolju. Možnost za nadaljnje raziskovanje je, da vprašalnik adaptiramo na delovna okolja izven bolnišnice.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

## Financiranje / Funding

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

## Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskava je dobila soglasje Komisije Republike Slovenije, Komisije za medicinsko etiko, številka 0120-10/2017-4. / The research received consensus from the Republic of Slovenia, National Medical Ethics Committee, decision Nr. 0120-10/2017-4.

## Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je konceptualno zasnovala raziskavo in sodelovala pri pisanju in pregledu vseh delov besedila, metodologije, analize in interpretacije. Drugi avtor je sodeloval pri analizi rezultatov. Tretja avtorica je s sugestijami in natančno revizijo vseh korakov pomembno prispevala h končnemu oblikovanju objavljenega besedila. / The first author contributed the conceptual design of the research, participated in the writing and reviewing of all parts of the article, the methodology, analysis of the results and interpretation. The second author participated in the analysis and interpretation of the results. The third author significantly contributed with suggestions and a detailed review of all the steps of the systematic review and contributed to the final version of the text.

## Literatura

Admi, H. & Eilon-Moshe, Y., 2016. Do hospital shift charge nurses from different cultures experience similar stress: an international cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, pp. 48–57.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.005>  
PMid:27591723

- Alhajjar, B.I., 2013. *Occupational stress among hospital nurses in Gaza-Palestine: doktorska disertacija*. Manchester: Faculty of Medical and Human Sciences, pp. 57–89.
- Alkrisat, M. & Alatrash, M., 2017. Psychometric properties of the extended nursing stress scale: measuring stress in workplace. *Journal of Nursing Measurement*, 25(1), pp. 31–45. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.25.1.E31> PMID:28395697
- Ažman, M., 2018. Nič o nas brez nas. *Utrip*, 27(2), pp. 2–7.
- Bae, S.H., Hwang, S.W. & Lee, G., 2018. Work hours, overtime, and break time of registered nurses working in medium-sized Korean hospitals. *Workplace Health and Safety*, 66(12), pp. 588–596. <https://doi.org/10.1177/2165079918769683> PMID:29911497
- Bai, J., Hsu, L. & Zhang, Q., 2015. Validation of the essentials of magnetism II in Chinese critical care settings. *Nursing in Critical Care*, 20(3), pp. 134–145. <https://doi.org/10.1111/nicc.12041> PMID:24118656
- Bambi, S., Foà, C., De Felippis, C., Lucchini, A., Guazzini, A. & Rasero, L., 2018. Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses; a review about their prevalence and related factors. *Acta Bio-Medica*, 89(6-S), pp. 51–79. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i6-S.7461>
- Blunch, N., 2012. *Introduction to Structural Equation Modeling Using IBM SPSS Statistics and Amos*. London: Sage, p. 71. <https://doi.org/10.4135/9781526402257>
- Crossman, A., 2019. *Correlation Analysis in Research*. Available at: <http://thoughtco.com/what-is-correlation-analysis-3026696> [28. 8. 2019].
- Demiral, M.B., Oksuz, E., Pazar, B., 2017. Turkish version of the Student Nurse Stress Index: validity and reliability. *Asian Nursing Research*, 11(2), pp. 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.05.006> PMID:28688498
- Didehvar, M., Zareban, I., Jalili, Z., Bakhshani, N.M., Shahrakipoor, M. & Balouchi, A., 2016. The effect of stress management training through precede-proceed model on occupational stress among nurses and midwives at Iran hospital. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(10), pp. LC01–LC05. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/22569.8674> PMID:27891358; PMCID:PMC5121696
- Dobnik, M., 2019. *Vplivni dejavniki stresa med zaposlenimi v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah in njihova povezanost s kulturo kakovosti in varnosti: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, p. 37.
- Elmi, S., Hassankhani, H., Abdollahzadeh, F., Jafar Abadi, M.A., Scott, J. & Nahamin, M., 2017. Validity and reliability of the Persian Practice Environment Scale of Nursing Work Index. *Iran Journal Nursing Midwifery Resource*, 22(2), pp. 106–111. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.205953> PMID:28584547; PMCID:PMC5442990
- Field, A., 2005. *Discovering Statistics Using SPSS*, 2nd ed. SAGE, London, p. 55.
- Franci, D., 2015. *Analiza vpliva stresa in izogrevanja pri medicinskih sestrah v enotah intenzivne terapije: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 15.
- French S.E., Lenton R., Walters V. & Eyles J., 2000. An empirical evaluation of an expanded nursing stress scale. *Journal of Nursing Measurement*, 8, pp. 161–178. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.8.2.161> PMID:11227582
- Fu, C., Yang, M., Leung, W., Liu, Y., Huang, H. & Wang, R., 2018. Associations of professional quality of life and social support with health in clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(2), pp. 172–179. <https://doi.org/10.1111/jonm.12530> PMID:28976030
- Garcia, M.G., Läubli, T. & Martin, B.J., 2018. Muscular and vascular issues induced by prolonged standing with different work-rest cycles with active or passive breaks. *Human Factors*, 60(6), pp. 806–821. <https://doi.org/10.1177/0018720818769261> PMID:29648891
- Ghislieri, C., Gatti, P., Molino, M. & Cortese, C.G., 2017. Work-family conflict and enrichment in nurses: between job demands, perceived organisational support and work-family backlash. *Journal of Nursing Management*, 25(1), pp. 65–75. <https://doi.org/10.1111/jonm.12442> PMID:27859839
- Gray-Toft, P. & Anderson, J., 1981. The Nursing Stress Scale: development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3, pp. 11–13.
- Hair, J., Black, W., Barry Babin & Anderson, R., 2014. *Multivariate Data Analysis*. New York: Prentice-Hall, pp. 600–636.
- Harison, R., 2018. For nurses, working overtime may cut collaboration. *Health and Medicine*. Available at: <https://www.futurity.org/nurse-overtime-collaboration-1763932/> [5. 2. 2019].
- Henrich, N.J., Dodek, P.M., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S.P., Reynolds, et al., 2017. Consequences of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study. *American Journal of Critical Care*, 26(4), pp. e48–e57. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017786> PMID:28668926

- Huddleston, P., Mancini, M.E. & Gray, J., 2017. Measuring nurse leaders' and direct care nurses' perceptions of a healthy work environment in acute care settings, part 3. Healthy work environment scales for nurse leaders and direct care nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 47(3), pp. 140–146. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000456> PMID:28157817
- Jones-Berry, S., 2018. Poor working conditions drive nurses to the brink. *Nursing Standard*, 33(3), p. 7. <https://doi.org/10.7748/ns.33.3.7.s4>
- Jones-Berry, S. & Munn, F., 2017. One in ten nurse sick days down to stress or depression. *Nursing Standard*, 32(5), pp. 12–15. <https://doi.org/10.7748/ns.32.5.12.s13>
- Jilk, E.M., 2017. Brush up your professional nursing résumé. *Nursing*, 47(10), pp. 41–44. <https://doi.org/10.1097/01>
- Jing, S., Leiwen, T. & Zhihong, Y., 2017. Measuring the nursing work environment in Mainland China: further development of the Chinese Nursing Work Environment Scale. *Nursing Research*, 66(4), pp. 311–322. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000221> PMID:28410271
- Kagamiyama, H. & Yano, R., 2018. Relationship between subjective fatigue, physical activity, and sleep indices in nurses working 16-hour night shifts in a rotating two-shift system. *Journal of Rural Medicine*, 13(1), pp. 26–32. <https://doi.org/10.2185/jrm.2951> PMID:29875894; PMCID:PMC5981016
- Kerrigan, D., Chau, V., King, M., Holman, E., Joffe, A. & Sibinga, E., 2017. There is no performance, there is just this moment: the role of mindfulness instruction in promoting health and well-being among students at a highly-ranked university in the United States. *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 22(4), pp. 909–918. <https://doi.org/10.1177/2156587217719787> PMID:28762289; PMCID:PMC5871302
- Kline, R. B., 2010. *Principles and practice of structural equation modelling: methodology in the social sciences*. New York, London: Guilford.
- Kmetič, P., 2018. *Stres in obremenjenost osebja zdravstvene nege v urgentni dejavnosti: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 10–11.
- Labrague, L.J., Gloe, D., McEnroe, D.M., Konstantinos, K. & Colet, P., 2018. Factors influencing turnover intention among registered nurses in Samar Philippines. *Applied Nursing Research*, 39, pp. 200–206. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.027> PMID:29422159
- Lee, M., Holzemer, W.L. & Faucett, J., 2007. Psychometric evaluation of the Nursing Stress Scale (NSS) among Chinese nurses in Taiwan. *Journal of Nursing Measurement*, 15(2), pp. 133–144. <https://doi.org/10.1891/106137407782156381> PMID:18020170
- Lorenci, G., 2018. Zdravstvo: Pozabite kdo je višje in kdo nižje. *Večer*. Available at: <https://www.vecer.com/pozabite-kdo-je-nizje-in-kdo-visje-6406761> [15. 3. 2019].
- MacAteer, A., Manktelow, R. & Fitzsimons, L., 2016. Mental health workers' perception of role self-efficacy and the organisational climate regarding the ethos of recovery. *British Journal of Social Work*, 46(3), pp. 737–755. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv054>
- Mandić, B., Mandić-Rajčević, S., Marković-Denić, L. & Bulat, P., 2018. Occupational exposure to blood and bodily fluids among healthcare workers in Serbian general hospitals. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 69(1), pp. 61–68. <https://doi.org/10.1159/000368234> PMID:25376432; PMCID:PMC5588185
- Middleton, J., 2017. To plug this workforce gap, start paying nurses properly. *Nursing Times*, p. 8.
- Milošević, M., 2010. *Izrada mjernog instrumenta stresa na radnom mjestu bolničkih zdravstvenih djelatnika i procjena njegove uporabne vrijednosti: doktorska disertacija*. Zagreb: Univerza v Zagrebu, Medicinska fakulteta, pp. 24–48.
- Nemec, U. & Čuček Trifković, K., 2017. Stress among employees in psychiatric nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), pp. 9–23. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.1.122>
- Novaković, T., Nikolić-Đorić, E. & Mutavdžić, B., 2016. Problem multikolinearnosti u višestrukoj linearnoj regresiji. *Agro Ekonomika*, 45(72), pp. 81–93.
- Nuebling, M., Stössel, U., Hasselhorn, H.M., Michaelis, M. & Hofmann, F., 2006. Measuring psychological stress and strain at work: evaluation of the COPSOQ questionnaire in Germany. *GMS Psycho-social Medicine*, 3, art. ID Doc05. Available at: <http://www.egms.de/en/journals/psm/2006-3/psm000025.shtml> [25. 8. 2019]. PMID: 19742072; PMCID:PMC2736502
- Ogata, Y., Sasaki, M., Yumoto, Y., Yonekura, Y., Nagano, M. & Kanda, K., 2018. Reliability and validity of the practice environment scale of the nursing work index for Japanese hospital nurses. *Nurses Open*, 5(3), pp. 362–369. <https://doi.org/10.1002/nop2.148> PMID:30062030; PMCID:PMC6056431
- Ovčar, M., 2015. *Izgorevnje in stres pri medicinskih sestrah v dializnih centrih: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 22.

- Pahlavanzadeh, S., Asgari, Z. & Alimohammadi, N., 2018. Effects of stress management program on the quality of nursing care and intensive care unit nurses. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(3), pp. 213–218. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.180376> PMID:27186196; PMCID:PMC4857653
- Sagaj, M., 2018. Oddelek za urologijo: medicinske sestre udarile po mizi. *Večer*, 17. 1. 2018. Available at: <https://www.vecer.com/oddelek-za-urologijo-medicinske-sestre-udarile-po-mizi-6385036> [5. 2. 2019].
- Shohani, M., 2019. Strategies of Iranian nurses to overcome professional discrimination: an explorative qualitative study. *Nursing Ethics*, 26(1), pp. 233–247. <https://doi.org/10.1177/0969733017700233> PMID:28393605
- Sserwadda, I., Lukenge, M., Mwambi, B., Mboowa, G., Walusimbi, A. & Segujja, F., 2018. Microbial contaminants isolated from items and work surfaces in the post: operative ward at Kawolo general hospital, Uganda. *BMC Infectious Diseases*, 18(1), p. 68. <https://doi.org/10.1186/s12879-018-2980-5> PMID:29409447; PMCID:PMC5801902
- Sočan, G., 2004. *Postopki klasične testne teorije*. Ljubljana: Univerta v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, p. 23.
- Qiao, G., Li, S. & Hu, J., 2011. Stress, coping and psychological well-being among new graduate nurses in China. *Home Health Care Management and Practice*, 23(6), pp. 398–403. <https://doi.org/10.1177/1084822311405828>
- Tsuchiya, M., Takahashi, M., Miki, K., Kubo, T. & Izawa, S., 2017. Cross-sectional associations between daily rest periods during weekdays and psychological distress, non-restorative sleep, fatigue, and work performance among information technology workers. *Industrial Health*, 55(2), pp. 173–179. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2016-0140> PMID:28025423; PMCID:PMC5383414
- Udod, S.A., Cummings, G., Care, W.D. & Jenkins, M., 2017. Impact of role stressors on the health of nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 47(3), pp. 159–164. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000459> PMID:28198763
- Uwimana, M.C. & Kerr, J., 2017. Exploring stressors experienced by registered nurses at a selected urban teaching hospital in Rwanda. *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, 19(1), pp. 41–55. <https://doi.org/10.25159/2520-5293/353>
- Vršič, A., 2013. *Ugotavljanje prisotnosti stresa med zaposlenimi v splošni bolnišnici v povezavi z zadovoljstvom na delovnem mestu: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 31.
- Zhang, Y., Duffy, J.F. & De Castillero, E.R., 2017. Do sleep disturbances mediate the association between work-family conflict and depressive symptoms among nurses: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 24(8), pp. 620–628. <https://doi.org/10.1111/jpm.12409> PMID:28635074; PMCID:PMC5585039
- Zupančič, M., 2017. Medicinska sestra mora zdržati vse, da prehrani družino. *Delo*, 24. 11. 2017. Available at: <https://www.delo.si/sobotna/medicinska-sestra-mora-zdrzati-vse-da-prehrani-druzino.html> [15. 3. 2019].
- Wang, X.S., Armstrong, M.E., Cairns, B.J., Key, T.J. & Travis, R.C., 2011. Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence. *Occupational Medicine*, 61(2), pp. 78–89. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr001> PMID:21355031; PMCID:PMC3045028
- Wang, X., 2017. Study on standard of teachers access in standardized training of new nurses in clinical teaching base. *Chinese Nursing Research*, 31(35), pp. 4507–4511.
- Wang, J.Y., Zhuang, H..L., Chiou, J.Y., Wang, C.W., Wang, C.Y. & Liu, L.F., 2018. Exploring factors influencing the work-related morale for certified nursing assistants in hospice care: a structural equation modeling study. *PLoS ONE*, 13(10), art. ID e0206281. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206281> PMID:30365527; PMCID:PMC6203351
- Yao, M., 2008. *The relationships among work related stress, health status, and physical activity participation of nurses in teaching hospitals in Taipei: magistrsko delo*. Taiwan: University of the Incarnate Word, p. 196.

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Dobnik, M., Maletič, M. & Skela-Savič, B., 2020. Veljavnost in zanesljivost vprašalnika o potencialnih dejavnikih stresa zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah: kavzalno-neeksperimentalna metoda. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), 29–37. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2988>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

## Znanje, odnos in dojemanje dela s starejšimi osebami pri zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše: eksplorativna raziskava

Knowledge, attitude and understanding of work with the elderly of nursing care employees in nursing homes: explorative research

Brigita Skela-Savič<sup>1,\*</sup>, Simona Hvalič Touzery<sup>2</sup>

**Ključne besede:** starizem; Alzheimerjeva bolezen; izobraževanje; specialna znanja; specializacija; napredna zdravstvena nega; medsektorsko sodelovanje

**Key words:** ageism; Alzheimer's disease; education; special knowledge; specialization, advanced nursing care; cross-sector collaboration

<sup>1</sup> Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

<sup>2</sup> Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Kardeljeva ploščad 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

\* Korespondenčni avtor /  
Corresponding author:  
bskelasavic@fzab.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Ustrezen odnos, splošna in strokovna znanja ter razumevanje vloge strokovnjakov, ki delajo s starejšimi osebami, lahko pripomorejo k odpravljanju stereotipov in prispevajo h kakovostni obravnavi starejših oseb. Namen raziskave je bil proučiti odnos do dela s starejšimi osebami, znanje o njem in njegovo dojemanje ter povezanost naštetega z izobraževanji zaposlenih v domovih za starejše.

**Metoda:** Izvedena je bila kvantitativna eksplorativna raziskava na populaciji izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe ( $n = 266$ ) v 13 domovih za starejše v Sloveniji. Podatki so bili zajeti z že razvitimi merskimi instrumenti (FAQ-R, POWP, ASD, ADKS). Raziskava je bila izvedena v obdobju med junijem in avgustom 2017. Podatki so bili obdelani z opisno in bivariantno statistiko.

**Rezultati:** Test FAQ-R je pokazal 65,2 % uspešnost anketirancev, ki se je povečala z večanjem stopnje izobrazbe ( $p < 0,001$ ). Pri 7,8 % anketirancev je bil ugotovljen negativni odnos do starejših oseb. Na ADKS-testu je bilo zbranih 64,9 % možnih točk ( $s = 14,86$ ); dosežek se razlikuje glede na stopnjo izobrazbe ( $p < 0,001$ ) in starost anketirancev ( $p = 0,022$ ).

**Diskusija in zaključek:** Splošno znanje o starejših osebah in staranju je pomanjkljivo; stopnja znanja o Alzheimerjevi bolezni je zadovoljiva, a se niža z nižanjem izobrazbe. Raziskava opozori na pomen številnih medsektorskih ukrepov, ki so odziv na potrebe dolgožive družbe. Področje je odprto za nadaljnje raziskovanje in razvoj novih instrumentov, ki bodo omogočili vzročno raziskovanje.

### ABSTRACT

**Introduction:** An appropriate attitude, and general and professional knowledge of professionals working with the elderly, as well as their understanding of the importance of their role, may significantly contribute to breaking stereotypes on the elderly and ensuring high-quality elderly care. The aim of the research was to examine the attitude to work with the elderly as well as the knowledge and understanding about this kind of work in order to determine a possible correlation between the attitude, knowledge and understanding of working with the elderly and training offered to nursing home employees.

**Methods:** A quantitative, explorative research design was employed on a sample of nursing care providers ( $n = 266$ ) in 13 nursing homes in Slovenia. Data were collected with previously developed tools (FAQ-R, POWP, ASD, ADKS). The research was conducted from June to August 2017. Data were analyzed with descriptive and bivariate statistics.

**Results:** In FAQ-R, respondents provided correct answers to 65.2 % of questions, a figure which increased with the level of education ( $p < 0.001$ ). A negative attitude towards the elderly was established in 7.8 % of the respondents. The average score achieved in the ADKS scale was 64.9 % ( $s = 14.86$ ); the score differed according to the respondents' level of education ( $p < 0.001$ ) and correlated with their age ( $p = 0.022$ ).

**Discussion and conclusion:** Nursing care providers in nursing homes lacked the general knowledge about the elderly and aging; their level of knowledge on Alzheimer's disease was satisfactory but decreased with the respondents' level of education. The research results point to the need of introducing intersectoral measures as a response to the needs of the long-life society. The area should be researched further and new instruments should be developed to enable causal research.



Prejeto / Received: 1. 9. 2019  
Sprejeto / Accepted: 7. 3. 2020

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2998>



## Uvod

Evropska komisija prepoznava aktivno in zdravo staranje kot velik družbeni izziv, ki je skupen vsem evropskim državam (UNFPA & HelpAge International, 2012). Eurostatova projekcija prebivalstva EUROPOP 2018 napoveduje, da se bo v EU-28 delež oseb, starih 65 let in več, z 19,7 % leta 2018 povečal na 30,1 % leta 2080, delež oseb, starih 80 let in več, pa s 5,6 % na 12,9 % (Eurostat, 2019). Hkrati z omenjenim trendom med starejšimi osebami narašča tudi število oseb, ki imajo vsaj eno kronično bolezen (World Health Organization [WHO], 2017). Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) je med osebami, starih 65 let in več, takšnih 65 %, med starejšimi od 85 let pa že 85 % (NIJZ, 2018). V starosti se pojavlja tudi krhkost (ang. *frailty*), ki je prepoznana pri približno 10 % oseb, starejših od 65 let, ter 30 % oseb, starejših od 85 let (Clegg, et al., 2013). Gre za napredujoče ranljivo stanje upadanja zdravia starejše osebe, ki pomeni zmanjšanje zmogljivosti fizioloških sistemov, kar vodi v stanje visokega tveganja za neugodne zdravstvene in socialne izide (World Health Organization, 2015; Skela-Savič & Gabrovec, 2018). Pomemben javnozdravstveni problem razvitega sveta predstavlja tudi demenca (Pot & Petrea, 2013). Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) živi na svetu skoraj 50 milijonov oseb z demenco. Njihovo število se letno poveča za 9,9 milijona, kar pomeni en nov primer vsake 3,2 sekunde. Po projekcijah SZO bo na svetu do leta 2030 živelo 82 milijonov ljudi z demenco, do leta 2050 pa 152 milijonov (Prince, et al., 2015; Patterson, 2018; World Health Organization, 2019). V Evropi se bo število oseb z demenco povečalo z 10,46 milijona leta 2015 na 18,66 milijona leta 2050 (Prince, et al., 2015). V Sloveniji ne beležimo podatkov o obravnavi oseb z demenco, zato je prevalenca izračunana na podlagi epidemioloških podatkov sosednjih držav. V *Strategiji za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2020* ocenjujejo, da je v Sloveniji skupno 32.000 obolelih za demenco, med njimi od 40 do 50 % stanovalcev slovenskih domov za starejše (Ministrstvo za zdravje, 2016). Trend naraščanja števila oseb z demenco postavlja zahtevo po spremembi odnosa do te bolezni med politiki, zdravstvenimi delavci in javnostjo, na kar v svojih letnih poročilih opozarja mednarodno združenje *Alzheimer's Disease International* (Prince, et al., 2015).

Staranje populacije je pojav, ki neizogibno spreminja zdravstveno stroko, zlasti pomembni so odzivnost zdravstvene nege, njena organiziranost, razvoj specialnih in specialističnih področij ter naprednih oblik dela (Skela-Savič, 2014). Raziskava med medicinskimi sestrami (Liu, et al., 2015), opravljena v Veliki Britaniji, kaže pozitiven odnos do dela s starejšimi osebami, hkrati pa ugotavlja, da na odnos do starejših vplivajo splošni odnos do starejših oseb, strah pred starostjo, predanost zdravstveni negi in klinična specializacija. Drugače od omenjene

raziskave pa številne druge raziskave ugotavljajo nezainteresiranost medicinskih sester in študentov zdravstvene nege za delo s starejšimi osebami. Pri tem navajajo več razlogov: značilnosti dela s starejšimi osebami, delo ne predstavlja izziva, slabe možnosti za razvoj kariere, negativen odnos zdravstvenega osebja do starejših oseb, slaba klima v timu na gerontoloških oddelkih, nizko vrednotenje področja dela, prisotnost pacientov s terminalno boleznijo, negativne izkušnje v času izobraževanja, pomanjkanje gerontoloških vsebin v učnem načrtu izobraževanja idr. (Kydd, et al., 2013; Kydd, et al., 2014; Skela-Savič & Hvalič Touzery, 2014). Kakovostna zdravstvena oskrba oseb z demenco in njihovih svojcev je tesno povezana z izobraževanjem s področja demence (Adler, et al., 2015; Collier, et al., 2015; Tolson, et al., 2016). Negativni stereotipi o starejših osebah med zdravstvenimi delavci namreč niso le odraz splošnega odnosa družbe do starejših oseb, ampak tudi pomanjkanja znanj o starosti, staranju in demenci (Deasey, et al., 2014). Boljše znanje in spretnosti strokovnjakov, ki delajo z osebami z demenco, lahko znatno prispevajo k večji kakovosti oskrbe in lahko pripeljejo do zmanjšanja negativnega odnosa do dela s starejšimi osebami in osebami z demenco (Touhy & Jett, 2016). Ustrezen odnos, splošna, specialna in specialistična gerontološka ter geriatrična znanja in razumevanje vloge strokovnjakov, ki delajo s starejšimi osebami, lahko pripomorejo k odpravljanju stereotipov in kakovostni obravnavi starejših oseb.

## Namen in cilji

Z raziskavo smo želeli proučiti znanje, odnos in dojemanje dela s starejšimi osebami pri zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše. Prvi cilj raziskave je bil izmeriti naslednje spremenljivke: znanje o starosti in staranju, odnos do dela s starejšimi osebami, dojemanje osebnostnih lastnosti starejših oseb in stopnjo znanja o Alzheimerjevi bolezni. Drugi cilj raziskave je bil proučiti povezave med demografskimi značilnostmi, samooceno znanja in učinki izobraževanja v zadnjih petih letih in proučevanimi spremenljivkami, ki opisujejo znanje o delu s starejšimi osebami, kakšen je odnos do njega in kako ga dojemajo.

## Metode

Uporabljena je bila kvantitativna eksplorativna raziskovalna metoda na populaciji izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe v 13 domovih za starejše v Sloveniji. Podatke smo zbirali s tehniko anketiranja.

## Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik s petimi sklopi. V štirih vsebinskih sklopih smo proučevali naslednje spremenljivke: znanje,

odnos do dela s starejšimi osebami in dojemanje dela, za kar smo uporabili mednarodno uveljavljene merske instrumente. Tiste, ki po našem vedenju še niso bili prevedeni v slovenski jezik, smo prevedli v skladu z mednarodnimi znanstvenimi usmeritvami (Harkness, 2003). Peti sklop je vseboval demografske podatke.

V prvem sklopu »Splošno znanje o starejših osebah in staranju« smo uporabili združena merska instrumenta *Frequently asked questions* – FAQ-R, ki združuje trditve *FAQ1* (22 trditve), *Facts on Aging Mental Health Quiz – FAMHQ* (12 trditve) in dve dodani trditvi (Palmore, 1999; Van der Elst, et al., 2014). Ponujeni odgovori so bili »pravilno«, »napačno«, »ne vem«. Rezultati so bili izračunani po ključu, da eno točko dobi pravilen odgovor, nič točk negativen odgovor ali odgovor ne vem. Zanesljivost instrumenta je bila sprejemljiva ( $\alpha = 0,777$ ). Instrument *FAQ1* je bil predhodno že uporabljen v slovenskem jeziku (Skela-Savič & Hvalič Touzery, 2014), vendar takrat zanesljivosti niso preverjali.

Drugi sklop »Odnos do dela s starejšimi osebami« smo merili z lestvico *Nolan's Perceptions of Working with Older People* (PWOP) (Nolan, et al., 2001), ki je predhodno že bila uporabljena v slovenskem jeziku (Skela-Savič & Hvalič Touzery, 2014). Anketiranci so stopnjo strinjanja s petnajstimi trditvami izrazili na petstopenjski lestvici (5 – »Popolnoma se strinjam«, 4 – »Strinjam se«, 3 – »Niti se strinjam, niti se ne strinjam«, 2 – »Se ne strinjam«, 1 – »Sploh se ne strinjam«). Instrument je pokrival tri teme: splošni odnos do dela s starejšimi osebami, osebni odnos do dela s starejšimi osebami in posledice dela s starejšimi osebami. Osem trditve je bilo negativnih, z rekodiranjem smo dosegli, da merijo v pozitivno smer. Zanesljivost petnajstih trditve ( $\alpha = 0,458$ ) je bila pod mejo sprejemljive zanesljivosti ( $\alpha \geq 0,70$ ) (Pallant, 2010). Preverili smo korelacijsko matriko med trditvami in ugotovili, da je bilo kar 11 trditve slabo povezanih s skupnim dosežkom trditve ( $r \geq 0,300$ ). Navedeno kaže, da posamezne trditve slabše merijo tisto, kar meri celotna lestvica petnajstih trditve (Pallant, 2010). Zanesljivost smo izmerili za trditve, ki so imele  $r \geq 0,200$ , kar je doseglo osem trditve (1, 3, 6, 10, 11, 13, 14) od petnajstih. Tako smo dosegli sprejemljivo zanesljivost instrumenta ( $\alpha = 0,718$ ). V obdelavi podatkov smo uporabljali zgolj te trditve.

Za tretji sklop »Dojemanje osebnostnih lastnosti starejših oseb« smo uporabili dopolnjeno različico instrumenta *Ageing Semantic Differential* (ASD) (Polizzi, 2003). S semantičnim diferencialom merimo odnos anketirancev do idej, konceptov, stvari, ljudi in dogodkov. V našem primeru smo anketirance spodbudili, naj imajo pri izpolnjevanju v mislih osebo, starejšo od 65 let. Na seznamu je bilo 24 parov pozitivnih in negativnih osebnostnih značilnosti, ki jih je spremljala sedemstopenjska lestvica. Na lestvici so označili točko, ki po njihovem mnenju najbolje opisuje starejšo osebo. Stolpec N (4) označuje nevtralen odziv. Zanesljivost instrumenta je bila zelo dobra ( $\alpha = 0,888$ ).

Za četrti sklop »Stopnja znanja o Alzheimerjevi bolezni« smo uporabili lestvico *Alzheimer's Disease Knowledge Scale* (ADKS) (Carpenter, et al., 2009), ki vsebuje 30 trditve, do katerih so se anketiranci opredelili z odgovori: 1 – »Drži«, 2 – »Ne drži«. Skupno število točk predstavlja seštevek pravih odgovorov in se giblje od 0 do 30 točk. Vprašalnik ima sedem konceptualnih vsebinskih področij, kot jih opredelijo avtorji lestvice: vpliv na življenje (trditve 1, 11, 28), dejavniki tveganja (trditve 2, 13, 18, 25, 26, 27), simptomi (trditve 19, 22, 23, 30), zdravljenje in vodenje (trditve 9, 12, 24, 29), ocena in diagnoza (trditve 4, 10, 20, 21), oskrba (trditve 5, 6, 7, 15, 16) in potek bolezni (trditve 3, 8, 14, 17) (Carpenter, et al., 2009). Zanesljivost instrumenta je bila nad mejo sprejemljivosti ( $\alpha = 0,735$ ).

Peti sklop je bil demografski in je vseboval 12 vprašanj o spolu, starosti, stopnji izobrazbe s področja zdravstvene nege, letih dela s starejšimi osebami, delovnem mestu, izobraževanju s področja gerontologije, samooceni znanja s področja gerontologije in dela z osebami z demenco idr.

### Opis vzorca

Vzorčni okvir je predstavljal seznam vseh domov za starejše v Sloveniji, ki smo ga pridobili od Skupnosti socialnih zavodov Slovenije. Za sodelovanje v raziskavi se je odločilo 13 (13,1 %) od 99 domov za starejše v Sloveniji. V raziskavo smo vključili vse zaposlene v teh domovih, ki izvajajo zdravstveno nego in oskrbo pri stanovalcih. Cenzus je znašal 599 zaposlenih. Razdelili smo 599 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 266 (44,71 %). V vzorcu prevladujejo ženske ( $n = 229$ , 86,1 %). Povprečna starost anketiranih je 39,18 let ( $s = 10,92$ ). Skoraj polovica anketiranih je tehnikov zdravstvene nege ( $n = 120$ , 49,6 %), tretjina bolničarjev negovalcev ( $n = 83$ , 31,2 %), najmanj pa visokošolsko izobraženih (mag. zdr. neg., dipl. m. s., viš. med. ses.) ( $n = 39$ , 14,70 %). 9 % ( $n = 24$ ) anketiranih ni podalo odgovora o stopnji dosežene izobrazbe. Anketirani so imeli v povprečju 12,21 leta ( $s = 9,96$ ) delovnih izkušenj na področju dela s starejšimi osebami. Delo s stanovalci v neposredni zdravstveni negi opravlja 228 (85,7 %) anketiranih oseb, na vodilnem mestu jih je 15 (5,6 %), 23 (8,7 %) pa o svojem delovnem mestu ni podalo odgovora.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v juniju in juliju 2017. Presoja o etičnosti raziskave in soglasje za izvedbo je podala Komisija za znanstvenoraziskovalno delo Fakultete za zdravstvo Angele Boškin (Sklep št. 10/03-033/2017-SJ). Vsaka posamezna institucija je obravnavala prošnjo za izvedbo raziskave, v kateri so bile navedene vse informacije o namenu in izvedbi raziskave, s poudarkom na anonimnosti raziskave (posameznik, ustanova) in prostovoljnosti

sodelovanja. Po prejemu soglasja za izvedbo raziskave v ustanovi so koordinatorji raziskave v vsaki instituciji po pošti prejeli tiskane vprašalnike in jih v skladu s predhodnim dogovorom glede ciljne populacije razdelili vsem zaposlenim na področju zdravstvene nege in oskrbe. Anketiranci so po koncu anketiranja vprašalnike vrnili na dogovorjeno zbirno mesto v instituciji, koordinator nam jih je nato poslal po pošti.

Uporabili smo deskriptivno statistiko, t-test, Mann Whitneyev U-test, Z-test, analizo variance – ANOVA in Pearsonov korelacijski koeficient. Vrednost  $p < 0,05$  je določala mejo statistične značilnosti. Zanesljivost instrumenta smo preverjali s Cronbach alpha koeficientom, sprejemljivo mero zanesljivosti smo povzeli po Pallantu (2010), za spodnjo mejo sprejemljive zanesljivosti smo upoštevali  $\alpha \geq 0,70$ , za želeno mejo pa  $\alpha \geq 0,80$ . Zaradi majhnega deleža moških v raziskavi razlik med spoloma nismo preverjali, prav tako je v raziskavi sodelovalo le 15 vodilnih oseb, zato nismo izvedli analize razlik glede na delovno mesto. Statistično analizo smo izvedli s programoma SPSS, verzija 22.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) in PSPPIRE.exe 0.10.4. za analizo vzorčenih podatkov.

## Rezultati

### *Izobraževanje o staranju*

Anketiranci so svoje gerontološko znanje ocenili s 3,46 ( $s = 0,85$ ), znanje s področja demence pa s 3,62 ( $s = 0,81$ ). V zadnjih petih letih se je izobraževanja o demenci udeležilo 182 anketirancev, izobraževanja o delu z osebami, starejšimi od 65 let, 146, 114 pa izobraževanj, ki so pokrivala splošne gerontološke teme. Ugotovili smo pozitivno povezanost med lastno oceno znanja o gerontologiji ter samooceno znanja o delu z osebami z demenco ( $r = 0,606, p < 0,001$ ), med leti delovnih izkušenj s starejšimi osebami in samooceno znanja s področja gerontologije ( $r = 0,306, p < 0,001$ ) ter delom z osebami z demenco ( $r = 0,268, p < 0,001$ ). Starost je šibko povezana s samooceno znanja o demenci ( $r = 0,159, p = 0,012$ ). Prav tako so leta dela s starejšimi osebami pozitivno povezana s samooceno znanja o gerontologiji ( $r = 0,306, p < 0,001$ ) in demenci ( $r = 0,268, p < 0,001$ ). Glede na stopnjo izobrazbe ugotovimo značilne razlike pri samooceni znanja s področja gerontologije ( $F = 4,580, p = 0,004$ ); ta je nižja pri manj izobraženih anketirancih. Pri izobraževanju v zadnjih petih letih ugotavljamo, da se z večanjem stopnje izobrazbe povečuje število odgovorov o prisotnosti na izobraževanjih s področja gerontologije ( $F = 3,126, p = 0,027$ ); za ostala izobraževanja nismo ugotovili značilnih razlik.

### *Splošno znanje o starejših osebah in staranju*

Tabela 1 predstavlja delež pravilnih odgovorov po posameznih trditvah na testu FAQ-R, s katerim smo

merili splošno znanje o starejših osebah in staranju. Analizirali smo vse odgovore vprašalnikov, na katerih so anketiranci označili tudi stopnjo izobrazbe ( $n = 244$ ). Delež pravilnih odgovorov se giblje med 11,2 % in 94,2 %. Največji delež pravilnih odgovorov se nanaša na trditve, povezane s poznavanjem demence in fizičnih sprememb v starosti (trditve 30, 23, 3, 6, 31, 33). Trditve 26, 27, 28, 29, 30, 31 se neposredno nanašajo na Alzheimerjevo bolezen oziroma splošno na demenco. Delež pravilnih odgovorov se giblje med 39,7 % in 94 %, kar kaže, da je znanje na srednji ravni. Najmanjši delež pravilnih odgovorov je prejela trditev, da je delež starejših oseb v splošni populaciji večji od 30 % (18), sledita ji trditvi, da imajo starejši delavci manj nezgod kot mlajši (17) ter da večina zaposlenih v zdravstvu namenja manj pozornosti delu s starejšimi osebami (19). Visoki deleži napačnih odgovorov so še pri trditvah 34, 20, 22, 26.

Povprečno število doseženih točk na testu FAQ-R znaša 23,47 ( $s = 3,76$ ), kar predstavlja 65,2 % (ocena 7) uspešnost na testu. Izkaže se, da se z višjo stopnjo izobrazbe ( $F = 12,84, p < 0,001$ ) poveča uspešnost na testu FAQ-R. Starost je šibko, vendar pozitivno povezana z doseženim številom točk ( $r = 0,150, p = 0,022$ ). Udeležba na izobraževanjih v zadnjih petih letih, lastna ocena znanja in leta dela s starejšimi osebami se ne izkažejo kot statistično značilni za uspešnost na testu FAQ-R.

### *Odnos do dela s starejšimi osebami*

Odnos do dela s starejšimi osebami smo ugotavljali s POWP-instrumentom, ki se je izkazal za zanesljivega le za del, ki opisuje negativna stališča do dela s starejšimi osebami. Iz osmih trditev smo oblikovali izvedeno spremenljivko, povprečna vrednost negativnega odnosa dela s starejšimi osebami je bila 1,86 ( $s = 0,56, \alpha = 0,718$ ). Pozitivnega odnosa nismo mogli zanesljivo izmeriti. Anketiranci dela s starejšimi osebami ne vidijo kot poklica brez perspektive ( $\bar{x} = 1,75, s = 1,01$ ) in tudi ne kot izhoda za tiste, ki niso kos visokotehnološki zdravstveni negi ( $\bar{x} = 1,38, s = 0,76$ ). Opisni rezultati posameznih trditev so v Tabeli 2. Anketiranci, ki so se izobraževali s področja demence, imajo manj negativnega odnosa kot tisti, ki se niso ( $t = -2,018, p = 0,045$ ). Pri posameznih trditvah ugotavljamo le šibko povezanost med trditvijo »Delo s starejšimi osebami me sploh ne pritegne« in samooceno znanja o demenci ( $r = 0,145, p = 0,028$ ). Drugih povezav ali razlik med negativnim odnosom in demografskimi podatki nismo našli.

### *Dojemanje osebnostnih lastnosti starejših oseb*

Z lestvico ASD smo merili odnos do osebnostnih lastnosti starejših oseb (osebe nad 65 let) in prisotnost starizma pri anketirancih. Pozitiven odnos predstavljajo točke od 1 do 3,50, nevtralen odnos

**Tabela 1:** Delež pravih odgovorov glede na instrumenta FAQ-R in FAMHQ**Table 1:** Share of correct answers, instrument FAQ-R and FAMHQ

Trditve FAQ-R (1–24), FAMHQ (25–36) / Statements FAQ-R (1 – 24), FAMHQ (25 – 36)	%
(1) Večina ljudi, starejših od 65 let, je senilnih (imajo pomanjkljiv spomin, so zmedeni ali imajo demenco) <sup>2</sup>	63,6
(2) Večina ljudi, starejših od 65 let, ne kaže zanimanja za spolne odnose ali pa jih niso sposobni. <sup>2</sup>	42,1
(3) Pet čutov (vid, sluh, okus, dotik in voh) z leti oslabi. <sup>1</sup>	92,1
(4) Vitalna kapaciteta pljuč se z leti zmanjša. <sup>1</sup>	83,1
(5) Večina ljudi, starejših od 65 let, je večino časa potrta. <sup>2</sup>	69,4
(6) Fizična moč se z leti zmanjša. <sup>1</sup>	91,7
(7) Več kot 25 % ljudi, starejših od 65, živi v domovih za starejše. <sup>2</sup>	49,6
(8) Starejši delavci običajno niso tako učinkoviti kot mlajši. <sup>2</sup>	55,4
(9) Večina ljudi, starejših od 65 let, se ne more prilagoditi spremembam. <sup>2</sup>	43,8
(10) Večina ljudi, starejših od 65 let, je dovolj zdravih, da vsakodnevne aktivnosti opravlja brez pomoči. <sup>1</sup>	46,7
(11) Ljudje, starejši od 65 let, večinoma potrebujejo več časa, da se naučijo novih stvari. <sup>1</sup>	84,3
(12) Depresija pri ljudeh, starejših od 65 let, ni pogosta. <sup>2</sup>	58,3
(13) Na splošno so si ljudje, starejši od 65 let, večinoma podobni. <sup>2</sup>	75,6
(14) Ljudje, starejši od 65 let, se običajno odzivajo počasneje kot mlajši. <sup>1</sup>	82,2
(15) Večina ljudi, starejših od 65 let, meni, da jim je redko dolgčas. <sup>1</sup>	42,6
(16) Večina ljudi, starejših od 65 let, je socialno izolirana. <sup>2</sup>	61,2
(17) Starejši zaposleni imajo manj nezgod kot mlajši. <sup>1</sup>	18,2
(18) Trenutno je v Sloveniji več kot 30 odstotkov populacije starejše od 65 let. <sup>2</sup>	11,2
(19) Večina zaposlenih v zdravstvu namenja manj pozornosti delu s starejšimi osebami ali skrbi zanje. <sup>1</sup>	20,7
(20) Večina posameznikov, starejših od 65 let, živi pod pragom revščine. <sup>2</sup>	27,3
(21) Večina ljudi, starejših od 65 let, bodisi dela bodisi bi radi imeli določeno delovno obveznost (vključno z gospodinjstvom, prostovoljskim delom, skrbjo za vnuke itd.). <sup>1</sup>	74,8
(22) Večina ljudi, starejših od 65 let, meni, da so redko nejevoljni ali jezni. <sup>1</sup>	35,1
(23) Tveganje fizične poškodbe (npr. poškodbe kolka ali zapestja) je pri ljudeh, starejših od 65 let, enako kot pri mlajših. <sup>2</sup>	93,4
(24) Pričakovana življenjska doba je pri 65 letih za moške enaka kot za ženske. <sup>2</sup>	81,4
(25) Večina ljudi, starejših od 65 let, ima katero od duševnih bolezni, ki oslabi njihove sposobnosti. <sup>2</sup>	44,2
(26) Poslabšanje kognitivnih sposobnosti (izguba spomina, zbeganost ali zmedenost) je neizogiben del staranja. <sup>2</sup>	39,7
(27) Alzheimerjeva bolezen je najbolj pogosta vrsta kroničnega poslabšanja kognitivnih sposobnosti med starejšimi. <sup>1</sup>	81,4
(28) Za Alzheimerjevo bolezen ni zdravljenja (ki bi vodilo k ozdravljenju). <sup>1</sup>	88,8
(29) Večina pacientov z Alzheimerjevo boleznijo se vede enako. <sup>2</sup>	70,2
(30) Najbolje se je izogibati pogovorom s ljudmi z demenco, saj lahko še povečamo njihovo zmedenost. <sup>2</sup>	94,2
(31) Ljudje z demenco naj ne bi govorili o svoji preteklosti, saj jih to lahko potre. <sup>2</sup>	90,5
(32) Pogostnost poslabšanja miselnih (kognitivnih) sposobnosti se poveča s starostjo. <sup>1</sup>	88,0
(33) Starejši ljudje imajo manj težav s spanjem kot mlajši. <sup>2</sup>	88,8
(34) Duševne bolezni so pogostejše med starejšimi ljudmi z nižjimi prihodki in nižjo izobrazbo. <sup>1</sup>	26,0
(35) Večina ljudi v domovih za starejše trpi za duševnimi boleznimi. <sup>1</sup>	41,3
(36) Resna depresija je pogostejša med starejšimi kot med mlajšimi ljudmi. <sup>2</sup>	60,7

Legenda / Legend: <sup>1</sup> – Drži / True; <sup>2</sup> – Ne drži / False

točke od 3,51 do 4,50, negativen pa točke od 4,51 do 7. Pri 11 od 24 parov osebnostnih značilnosti (45,8 %) (označeni odebeljeno v tabeli 3) na podlagi povprečnih vrednosti ugotavljamo pozitiven odnos, pri trinajstih pa nevtralen (54,2 %). Noben par ni bil umeščen v negativno kategorijo. Povprečna vrednost na lestvici znaša 3,56 ( $s = 0,71$ ). Anketiranci so lahko dosegli največ 168 in najmanj 24 točk, pri čemer manjša vrednost doseženih točk kaže na pozitiven odnos, višje število pa na negativen odnos in prisotnost starizma. Anketiranci so v povprečju dosegli 85,38

točk ( $s = 17,07$ , min = 27, maks = 141), kar kaže, da je odnos nekoliko nagnjen v pozitivno smer, a blizu nevtralnemu odnosu. Ko smo pogledali povprečne odgovore posameznega anketirance, ugotavljamo, da je negativen odnos do starejših oseb pokazalo 7,8 % anketirancev ( $n = 14$ ), pozitiven 45,2 % anketirancev ( $n = 81$ ), nevtralen pa 46,9 % anketirancev ( $n = 84$ ).

Le pri treh parih osebnostnih lastnosti ugotavljamo, da so razlike med starostnimi skupinami anketirancev statistično pomembne. V višji starostni skupini so se anketiranci močneje nagibali k lastnosti poštenost kot

**Tabela 2:** Povprečne vrednosti spremenljivke »Odnos do dela s starejšimi osebami«  
**Table 2:** The mean value of variable "attitude to work with the elderly"

Trditve (POWP-instrument) / Statements (POWP instrument)	n	$\bar{x}$	s
1. Pri zdravstveni negi starejših oseb gre predvsem za osnovno nego, ki ne zahteva veliko znanja.	237	1,87	1,06
3. Delo s starejšimi osebami je poklic brez perspektive.	231	1,75	1,01
6. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki delajo s starejšimi osebami, ker niso kos visokotehnoški zdravstveni negi.	238	1,38	0,76
8. Ko enkrat delaš s starejšimi osebami, je kasneje težko dobiti službo drugje.*	238	2,00	0,98
10. Zelo sem zaskrbljen./Bil sem zelo zaskrbljen glede svojega prvega dela s starejšimi osebami.	236	2,59	1,23
11. Delo s starejšimi osebami me sploh ne pritegne.	235	1,53	0,84
13. Zdravstvena nega starejših oseb prinaša le malo zadovoljstva, saj redko ozdravijo.	236	2,17	1,06
14. Delo s starejšimi osebami ni dobra poklicna poteza.	239	1,75	0,92
IZVEDENA SPREMENLJIVKA »Negativni odnos do dela s starejšimi«	235	1,86	0,56

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

**Tabela 3:** Povprečne vrednosti na lestvici ASD

**Table 3:** The mean values on ASD scale

Osebnostne značilnosti / Personality characteristics	n	Me	$\bar{x}$	s
Dobre volje – čemerer	212	4	3,75	1,102
Prijeten – neprijeten	215	3	3,31	1,176
Prijazen – neprijazen	213	3	3,28	1,200
Ljubezniv – krut	210	3	3,22	1,027
Simpatičen – zoprn	209	3	3,24	1,105
Vljuden – nesramen	207	3	3,40	1,332
Toleranten – netoleranten	208	4	3,88	1,337
Kooperativen – nekooperativen	209	4	3,81	1,114
Pošten – nepošten	212	3	3,14	1,208
Hvaležen – nehvaležen	212	3	3,10	1,407
Nesebičen – sebičen	212	4	3,86	1,436
Uvideven – neuideven	215	4	3,71	1,392
Potrpežljiv – nepotrpežljiv	216	4	3,89	1,521
Pozitiven – negativen	215	4	3,70	1,303
Miren – nemiren	212	4	3,69	1,326
Premišljen – nepremišljen	217	4	3,58	1,289
Skromen – domišljav	215	3	3,01	1,299
Varčen – radodaren	214	3	3,01	1,402
Prilagodljiv – neprilagodljiv	213	4	3,79	1,484
Dober – slab	214	3	3,12	1,147
Poln upanja – obupan	214	4	4,09	1,420
Optimističen – pesimističen	216	4	4,04	1,394
Zaupljiv – nezaupljiv	216	4	3,80	1,448
Varen – nevar	217	4	3,34	1,152

Legenda / Legend: n – število / number; Me – mediana / median;  $\bar{x}$  – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation

v nižji ( $F = 3,005$ ,  $p = 0,031$ ), podobno je bilo tudi pri lastnosti dober ( $F = 2,811$ ,  $p = 0,040$ ). K opisu starejše osebe kot premišljene sta se najbolj nagibali srednji starostni skupini (od 28 do 49 let) ( $F = 3,165$ ,  $p = 0,025$ ). Statistične razlike v odnosu do starejših oseb glede na stopnjo izobrazbe anketirancev – razen pri paru skromen – domišljav ( $F = 4,189$ ,  $p = 0,016$ ) – nismo ugotovili. Prav tako nismo potrdili statistične

razlike v opredelitvi do osebnostnih lastnosti starejše osebe glede na leta dela s starejšimi osebami.

### Stopnja znanja o Alzheimerjevi bolezni

Delež pravilnih odgovorov pri posameznih trditvah v testu ADKS smo predstavili po posameznih vsebinskih sklopih. Anketiranci so bili najbolj uspešni

**Tabela 4:** Delež pravih odgovorov na testu ADKS**Table 4:** Share of correct answers on ADKS test

<i>Spremenljivke / Variables</i>	<i>Trditve na testu ADKS / Statements in the ADKS test</i>	<i>% pravih odgovorov / % correct answers</i>
Vpliv na življenje	1. Ljudje z Alzheimerjevo boleznijo so še posebej nagnjeni k depresiji. <sup>1</sup>	66,5
	11. Večina ljudi z Alzheimerjevo boleznijo živi v domih za starejše. <sup>2</sup>	55,0
	28. Pacienti z Alzheimerjevo boleznijo lahko vozijo, če imajo s seboj sopotnika. <sup>2</sup>	87,2
Dejavniki tveganja	2. Znanstveno je dokazano, da lahko vaje z miselnimi aktivnostmi preprečijo pojav Alzheimerjeve bolezni. <sup>2</sup>	40,9
	13. Za Alzheimerjevo boleznijo lahko zbolijo tudi ljudje med tridesetim in štiridesetim letom starosti. <sup>1</sup>	71,9
	18. Visoka raven holesterola lahko poveča tveganje za nastanek Alzheimerjeve bolezni. <sup>1</sup>	24,8
	25. Na voljo so zdravila na recept, ki preprečujejo Alzheimerjevo bolezen. <sup>2</sup>	74,8
	26. Visok krvni tlak lahko poveča tveganje za nastanek Alzheimerjeve bolezni. <sup>1</sup>	32,6
	27. Genetika le delno pojasnjuje nastanek Alzheimerjeve bolezni. <sup>1</sup>	74,8
Simptomi	19. Tremor ali tresenje rok je pogost simptom pri ljudeh z Alzheimerjevo boleznijo. <sup>2</sup>	44,2
	22. Težave pri ravnanju z denarjem ali plačevanju računov so pogost zgodnji simptom Alzheimerjeve bolezni. <sup>1</sup>	59,9
	23. Simptom, do katerega lahko pride pri Alzheimerjevi bolezni, je prepričanje pacienta, da mu drugi kradejo stvari. <sup>1</sup>	78,5
	30. Večina ljudi z Alzheimerjevo boleznijo se bolje spominja nedavnih dogodkov kot stvari, ki so se zgodile v preteklosti. <sup>2</sup>	71,5
Zdravljenje in vodenje	9. Ljudem, pri katerih Alzheimerjeva bolezen še ni zelo resna, lahko koristi psihoterapija za depresijo in tesnobo. <sup>1</sup>	67,8
	12. Simptomi Alzheimerjeve bolezni se lahko poslabšajo zaradi slabe prehrane. <sup>1</sup>	21,9
	24. Pri pacientih z Alzheimerjevo boleznijo je uporaba listov z opomniki bergla, ki prispeva k poslabšanju stanja. <sup>2</sup>	78,9
	29. Alzheimerjeve bolezni ni mogoče pozdraviti. <sup>1</sup>	86,8
Ocena in diagnoza	4. Ko pacient z Alzheimerjevo boleznijo postane vznemirjen, lahko zdravniški pregled pokaže druge zdravstvene težave, ki so povzročile vznemirjenost. <sup>1</sup>	73,1
	10. Če se težave s spominom in zmedeno razmišljanje pojavijo nenadoma, gre verjetno za Alzheimerjevo bolezen. <sup>2</sup>	74,4
	20. Simptome resne depresije je mogoče napačno razlagati kot simptome Alzheimerjeve bolezni. <sup>1</sup>	61,2
	21. Alzheimerjeva bolezen je ena od vrst demence. <sup>1</sup>	89,7
Oskrba	5. Ljudje z Alzheimerjevo boleznijo se najbolje odzivajo na enostavna navodila po korakih. <sup>1</sup>	94,6
	6. Takoj, ko se pri ljudeh z Alzheimerjevo boleznijo pokaže, da s težavo skrbijo zase, mora skrb zanje prevzeti negovalec. <sup>2</sup>	54,1
	7. Če oseba z Alzheimerjevo boleznijo ponoči postane pozorna in vznemirjena, je primerna strategija poskrbeti, da ima ta oseba dovolj fizične aktivnosti čez dan. <sup>1</sup>	71,5
	15. Ko ljudje z Alzheimerjevo boleznijo ponovijo vprašanje ali zgodbo, jim koristi, če jih opomnimo, da se ponavljajo. <sup>2</sup>	74,8
	16. Ko ljudje zbolijo za Alzheimerjevo boleznijo, niso več sposobni sprejemati odločitev o svoji negi. <sup>2</sup>	50,0
Potek bolezni	3. Po pojavu simptomov Alzheimerjeve bolezni je povprečna pričakovana življenjska doba od 6 do 12 let. <sup>1</sup>	36,8
	8. V redkih primerih so pacienti z Alzheimerjevo boleznijo ozdraveli. <sup>2</sup>	61,6
	14. Pri pacientih z Alzheimerjevo boleznijo so ob napredovanju bolezni padci čedalje bolj verjetni. <sup>1</sup>	83,5
	17. Slej ko prej bo oseba z Alzheimerjevo boleznijo potrebovala 24-urno skrb. <sup>1</sup>	83,9

*Legenda / Legend:* <sup>1</sup> – Drži / True; <sup>2</sup> – Ne drži / False; % – odstotek / percentage

pri odgovorih, ki se nanašajo na oceno in diagnozo bolezni (Tabela 4).

Največ napačnih odgovorov je bilo podanih pri trditvah 12 (78,1 %), 18 (75,2 %), 26 (67,4 %), 3 (63,2 %), 2 (59,1 %), 16 (59 %). Povprečno število doseženih točk na ADKS-testu znaša 19,47 ( $s = 4,458$ ), kar pomeni, da so anketiranci v povprečju zbrali 64,9 % možnih točk ( $s = 14,86$ ). S testom smo merili znanje o Alzheimerjevi bolezni, za katerega lahko rečemo, da je med anketiranci srednje, saj bi ob upoštevanju mednarodne ECTS-lestvice (European Credit Transfer System) doseganja znanja dobili povprečno oceno 7. Ob upoštevanju stopnje izobrazbe ugotavljamo statistično pomembne razlike v doseženih točkah ( $F = 16,30$ ,  $p < 0,001$ ). Najnižje število točk so dosegli anketiranci z dokončano srednjo poklicno šolo (59,4 % točk), najvišje pa anketiranci z dokončano visokošolsko izobrazbo (74,9 % točk). Ugotovili smo razlike v uspešnosti na testu ADKS glede na udeležbo na izobraževanju s področja gerontologije ( $Z = -2,151$ ,  $p = 0,031$ ). Povezanost med dobljenimi točkami na testu ADKS in starostjo je nizka ( $r = 0,150$ ,  $p = 0,022$ ). Drugih razlik v doseženem številu točk in značilnostmi anketirancev nismo ugotovili.

## Diskusija

Proučevali smo znanje o starosti in staranju, odnos do dela s starejšimi osebami, dojemanje osebnostnih lastnosti starostnikov in stopnjo znanja o Alzheimerjevi bolezni v 13 domovih za starejše v Sloveniji. Dosežena samoocena znanja o demenci, staranju in na splošno o gerontologiji ter udeležba na izobraževanjih v zadnjih petih letih pokažejo, da je še veliko prostora za izboljšanje znanja in s tem pogojev za bolj kakovostno zdravstveno nego in oskrbo starejših oseb v proučevanih domovih za starejše. Ugotovitev lahko podpremo s *Strategijo obvladovanja demence v Sloveniji do leta 2020* (Ministrstvo za zdravje, 2016), ki poudarja pomen izobraževanja strokovnega kadra in vključevanje vsebin s področja demence v obstoječe srednješolske strokovne programe, dodiplomske in podiplomske študijske programe. V poročilu *Fit for Frailty - parts 1 and 2* (British Geriatrics Society, 2014; British Geriatrics Society & Royal College of General Practitioners, 2015) pozivajo k specialističnim storitvam z usposobljenimi kadri, ki se odzivajo na potrebe krhkih starejših oseb. Tudi v Sloveniji se moramo vprašati, kako so zdravstveni delavci strokovno pripravljene na delo z zdravimi in ranljivimi starejšimi osebami, saj v zdravstveni negi nimamo ne specialističnih programov ne naprednih znanj s tega področja. Še več, glede na potrebe starejših oseb po zdravstveni negi v domovih za starejše je treba povečati število tehnikov zdravstvene nege, diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov, saj raziskava opozori, da anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe dosegajo boljše rezultate tako pri splošnem znanju o staranju kot pri znanju o demenci. Nadalje

ugotavljamo problem padanja samoocene znanja glede na stopnjo izobrazbe, kar je tudi odraz dejstva, da so se v zadnjih petih letih anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe značilno več izobraževali na področju gerontologije kot ostali zaposleni. Ob tem je pomembno poudariti, da predstavlja skupina s poklicno in srednje strokovno šolo večino izvajalcev zdravstvene nege v raziskanih domovih za starejše. Ameriška raziskava (Adler, et al., 2015) ugotavlja, da velika večina (82,9 %) zdravstvenih delavcev ocenjuje znanje iz demence kot pomembno. V naši raziskavi ugotovimo, da je bilo v preteklem letu zelo malo anketirancev (8,1 %) deležnih dodatnih usposabljanj s tega področja. Na osnovi samoocene znanja anketirancev v naši raziskavi menimo, da delodajalci posvečajo premalo pozornosti kontinuiranemu profesionalnemu izobraževanju zaposlenih o staranju in značilnostih slednjega na vseh izobrazbenih ravneh, kar tudi utemeljuje ugotovljeno znanje in odnos do dela s starostniki. Ugotavljamo, da so bila v raziskanih domovih za starejše izobraževanja v zadnjih petih letih najpogosteje usmerjena v demenco, sledijo teme o delu s starejšimi osebami in kot zadnje splošne vsebine o staranju. Menimo, da je za dvig kakovosti dela in večji interes za delo s starejšimi osebami, treba uvesti specialna, specialistična in napredna znanja, pri čemer bo izveden sistematični pristop pridobivanja znanja s preverjanjem znanja in pridobljenimi ECTS-točkami. Nujnost tega ukrepa kažejo predhodno izvedene raziskave v Sloveniji (Skela-Savič & Hvalič Touzery, 2014), pomen tovrstnega znanja pa izražajo tudi mednarodne raziskave (Deasey, et al., 2014; Touhy & Jett, 2016).

Splošno znanje anketirancev o starejših osebah, staranju in duševnih boleznih v starosti smo ugotavljali z lestvico FAQ-R, na kateri so anketiranci naše raziskave skupaj dosegli 65 % rezultat, kar pokaže pomanjkljivo znanje. Kljub temu je dosežek boljši kot v raziskavi med študenti in kliničnimi mentorji, ko so vključeni dosegli manj kot tretjino možnih točk (Skela-Savič & Hvalič Touzery, 2014). Tedaj smo uporabili razširjeni instrument in manjši vzorec, zato rezultati niso popolnoma primerljivi s tokratno raziskavo. Dosežen rezultat naše raziskave je blizu ugotovitvam belgijske raziskave med študenti tretjega letnika študija zdravstvene nege, ki so v povprečju dosegli 64 % rezultat (Van der Elst, et al., 2014). Pri tem moramo upoštevati, da v naši raziskavi ne gre za študente, temveč izvajalce zdravstvene nege, ki v povprečju že dvanajst let delajo s starejšimi osebami, zato bi pričakovali boljši dosežek. Hkrati ugotavljamo, da se z višjo stopnjo izobrazbe poveča uspešnost na testu FAQ-R in da izobraževanje o demenci v zadnjih petih letih zmanjšuje negativen odnos do dela s starejšimi osebami, zato je naš predlog o sistematičnem pridobivanju znanj o demenci še toliko bolj smiseln. Spoznanja o slabšem gerontološkem znanju zdravstvenega osebja najdemo tudi v drugih tujih in domačih raziskavah

(Wang, et al., 2010; Kwon, et al., 2013; Skela-Savič & Hvalič Touzery, 2014). Problematično je, da se pomanjkanje gerontološkega znanja kaže v starizmu, tj. sistematičnem stereotipiziranju in diskriminaciji ljudi na podlagi njihove starosti (Ayalon & Tesch-Römer, 2018), kar lahko preprečujemo in odpravimo le z dvigom splošnega znanja o staranju in izboljšanjem izobraževanja zdravstvenih delavcev ter uvedbo specializiranih izobraževanj za tiste, ki delajo s starejšimi osebami. Še zlasti je to pomembno, ker raziskave kažejo, da starizem lahko vodi v manj kakovostno delo s starejšimi (Deasey, et al., 2014; Skela-Savič & Hvalič Touzery, 2014). Zato smo v izvedeni raziskavi proučevali tudi odnos do dela s starejšimi osebami pri anketirancih, ki so neposredno vključeni v delo z njimi. Žal smo izmerili le negativen odnos, saj se instrument ni izkazal kot dovolj zanesljiv, da bi izmerili tudi pozitiven odnos. Pozitivno spoznanje raziskave je, da anketiranci dela s starejšimi ne vidijo kot poklica brez perspektive in se ne strinjajo z negativnim opisom področja dela. Raziskave so si sicer glede odnosa do dela s starejšimi osebami nasprotujoče: nekatere kažejo negativen odnos, druge pozitiven (Hvalič Touzery, et al., 2013; Kydd, et al., 2014; Skela-Savič & Hvalič Touzery, 2014). Zagotovo je treba področje odnosa do dela s starejšimi osebami še temeljito raziskati in na podlagi rezultatov raziskav izpeljati ukrepe izboljšav, saj bo potrebnih po zdravstveni negi in oskrbi starejših oseb vedno več, kar kažejo tudi demografski podatki (Eurostat, 2019).

V raziskavi smo za merjenje odnosa do starejših uporabili instrument ADS, v katerega je vključenih 24 parov osebnostnih lastnosti, medtem ko se v literaturi pogosteje uporablja različica z 32 pari. Tako povprečno število doseženih točk ni neposredno primerljivo. Kljub temu ugotavljamo, da kaže naša raziskava na rahlo pozitiven in delno nevtralen odnos do starejših oseb – podobno kot raziskava med dodiplomskimi študenti zdravstvene nege (Penney, 2014). Le pri dveh parih osebnosti smo ugotovili statistično pomembne razlike glede na starost anketirancev: z višanjem lastne starosti se anketiranci bolj nagibajo k pozitivnim lastnostima starejših oseb – to sta »pošten« in »dober«. Yang in sodelavci (2015) so v raziskavi med splošnimi zdravniki ugotovili njihov nevtralen odnos pri 62,5 % parov osebnostnih značilnosti, kar je nekoliko višje kot v naši raziskavi. Primerjava ima omejitve, saj so vsi zdravniki visokošolsko izobraženi, naši anketiranci pa ne.

Nadalje smo ugotavljali znanje anketirancev o Alzheimerjevi bolezni. V povprečju so dosegli 65 % točk. Podatki o znanju slovenskih strokovnjakov s področja zagotavljanja zdravstvene in socialne oskrbe osebam z demenco so skopi. Na dodiplomski ravni le ena fakulteta ponuja predmet s področja demence. Podiplomskega študijskega programa s področja demence v Sloveniji še nimamo (Hvalič-Touzery, et al., 2018). Doseženo znanje anketirancev je primerljivo z rezultati ameriške raziskave (Carpenter, et al., 2009), v

kateri so ugotavljali, da so zaposleni v domovih za starejše v povprečju dosegli 67 % točk, medtem ko avstralska raziskava (Smyth, et al., 2013) ugotavlja zmerno znanje v povprečju 79 % doseženih pravih odgovorov in pomanjkljivosti v nekaterih specifičnih znanjih, kot so dejavniki tveganja za Alzheimerjevo bolezen in potek bolezni. Podobno ugotavlja tudi naša raziskava, s poudarkom na slabšem poznavanju dejavnikov tveganja. Raziskava kaže tudi statistično pomembne razlike v znanju anketirancev glede na izobraževanje o splošnih gerontoloških temah, medtem ko ni razlik glede na izobraževanje s področja dela z osebami z demenco. Tudi druge raziskave kažejo, da imajo strokovnjaki iz različnih poklicnih skupin (specialisti, zdravniki, medicinske sestre, delovni terapevti in fizioterapevti) pomanjkljiva znanja za zagotavljanje kakovostne oskrbe osebam z demenco (Gandesha, et al., 2012; Staples & Killian, 2012; Ibrahim & Davis, 2013; Tullo & Gordon, 2013; Griffiths, et al., 2014; Adler, et al., 2015; Alushi, et al., 2015; Hvalič-Touzery, et al., 2018). Avtorji novejšega sistematičnega pregleda literature na primer ugotavljajo, da medicinskim sestram primanjkuje znanj komunikacijskih spretnosti, strategij vodenja in samozaupanja pri nujenju nege osebam z demenco. Hkrati poudarjajo, da sta se v projektih, v okviru katerih so bila organizirana dodatna usposabljanja s področja demence za medicinske sestre, izboljšala njihovo znanje in njihov odnos do oseb z demenco (Evripidou, et al., 2019). Smyth in sodelavci (2013) nadalje menijo, da visoka kakovost oskrbe ob demenci ni odvisna le od širšega znanja s področja demence, saj specifično znanje s področja demence pomembno prispeva k boljši kakovosti oskrbe.

Izvedena raziskava opozori na nujnost medsektorskih ukrepov:

- Pomen izobraževanja zdravstvenih delavcev na vseh ravneh (srednješolsko in visokošolsko izobraževanje) v obliki: 1) specialnih znanj za srednješolsko izobražen kader v zdravstveni negi in oskrbi; 2) razpis klinične specializacije iz zdravstvene nege starejših oseb za visokošolsko izobražen kader v zdravstveni negi; 3) razvoj naprednih znanj za samostojno delo strokovnjakov zdravstvene nege s starejšimi osebami tako v preventivi zapletov staranja (npr. krhkost) kot v obvladovanju enostavnih akutnih in kroničnih stanj pri starejših osebah.
- Sistematično izobraževanje in usposabljanje delodajalcev v domovih za starejše: večji poudarek na sistematičnem izobraževanju in usposabljanju zaposlenih s področja demence, preprečevanja in obvladovanja krhkosti, aktivnega staranja in preprečevanja starizma.
- Strokovni nadzori, ki jih izvaja nacionalna strokovna organizacija v zdravstveni negi po pooblastilu Ministrstva za zdravje, morajo prispevati k vzpostavitvi temeljev mednarodno primerljive zdravstvene oskrbe starejših oseb na področju kadrovskega normativov, usposobljenosti za delo s starejšimi osebami in



varnosti obravnave starejših oseb tako na domu kot znotraj institucionalne obravnave.

- Politike javnega zdravja se morajo usmeriti v promocijo zdrave starosti in kakovostnega staranja, preprečevanja in obvladovanja krhkosti, zgodnjega odkrivanja demence, spodbujanja zdravstvene pismenosti starejših o aktivnem staranju in dejavnih zdravega staranja, kar je med drugim zapisano tudi v *Strategiji dolgožive družbe* (Vlada Republike Slovenije, et al., 2017).
- Državna in lokalna politika morata investirati v domove za starejše, dnevne centre in dnevne aktivnosti ter dolgotrajno oskrbo, da bo starejša oseba čim bolj obvladovala lastno staranje in bo lahko ob podpori strokovnjakov čim dlje neodvisno živela v domačem okolju. Zapis v *Strategiji dolgožive družbe* (Vlada Republike Slovenije, et al., 2017) ne zadošča, potreben je akcijski načrt za njeno uresničevanje.
- Resorna ministrstva in Zavod za zdravstveno zavarovanje morajo uskladiti normative in plačila storitev zdravstvene nege in oskrbe na domu ter v domovih za starejše, saj so te storitve finančno in kadrovske podhranjene. Strokovno področje se posledično ne more razvijati in ustrezno odzivati na potrebe starejših oseb, kar je povezano z nedostopnostjo storitev zdravstvene nege in oskrbe ter slabšanjem kakovosti storitev. Slednje trenutno sicer še ni dokazano z raziskavami, a mediji in nevladne organizacije so v zadnjih dveh letih pogosto opozarjali na slabšanje razmer v domovih za starejše. Izpostavljena problematika poziva raziskovalce in odgovorne za pravice pacientov in človekove pravice državljanov, da proučijo dejanske razmere v domovih za starejše v Sloveniji.
- Zakon o dolgotrajni oskrbi je izjemnega pomena tudi za starejše osebe, ki postanejo pri osnovnih in podpornih dnevni opraviilih odvisni od pomoči ne glede na to, ali bivajo doma, v institucionalnem varstvu ali v drugih oblikah bivanja, kot so varovana stanovanja ali bivalne skupnosti.
- Kadrovska struktura zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše se mora spremeniti v korist pravočasnega in strokovno ustreznega odziva na potrebe starejših oseb, kar kličje po spremembi kadrovskega normativov na število starejših oseb in zvišanju stopnje izobrazbe tistih, ki skrbijo za ranljive skupine starejših oseb in se ukvarjajo s preprečevanjem njihove krhkosti ter z njo povezanih zapletov.

Raziskavo bi bilo treba razširiti na vse domove za starejše v Sloveniji ter tudi na izvajalce zdravstvene nege na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstva, saj se vse več zdravstvenih delavcev pri svojem delu srečuje s populacijo, starejšo od 65 let. Razširitev znanj in s tem oblikovanje primernega odnosa do dolgožive družbe je torej nujna (Hvalič Touzery & Skela-Savič, 2017; Hvalič Touzery, 2018).

Kot ugotavljajo Wyman in sodelavci (2018), se starizem v zdravstvu pojavlja tako na mikro kot na makro ravni, zato je potreben celostni pristop k zmanjševanju in opravljanju starizma v zdravstvu. Poleg tega raziskava Zupančiča in sodelavcev (2010) na vzorcu splošne slovenske populacije opozori na slabo poznavanje različnih vidikov staranja in razširjenost zmotnih prepričanj in negativnih stereotipov, kar učinkuje na dojemanje staranja in potreb starejših oseb v družbi, ki smo mu priča danes.

Ugotavljamo tudi, da je treba proučiti uporabljene instrumente in nekatere razviti na novo, saj nimajo visoke stopnje zanesljivosti zbranih podatkov. Proučevanje nekaterih spremenljivk je pomanjkljivo, včasih mednarodno neprimerljivo in ne omogoča eksplikativnega raziskovanja tega pomembnega področja, na kar smo opozorili tudi pri analizi veljavnosti instrumentov. Kvalitativno raziskovanje med zaposlenimi, starejšimi osebami in svojci pomaga lažje ubesediti potrebe zaposlenih in ovire, ki jih srečujejo pri svojem delu. V raziskave je treba vključiti tudi starejše osebe in njihove svojce. Potrebna sta razvoj metodološko ustreznih instrumentov in izvedba raziskav na velikih vzorcih, kar lahko dosežemo z dobrim medpoklicnim sodelovanjem. Za zdravo staranje niso odgovorni le zdravstveni delavci, temveč gre za medsektorsko odgovornost strok in družbenih sistemov.

V raziskavi nismo uspeli zajeti reprezentativnega vzorca raziskane populacije, saj je bila odzivnost domov za starejše nizka, zato rezultati veljajo le za vključene v raziskavo. Instrument (POWP) ni dosegel priporočene zanesljivosti, zato smo lahko izmerili le negativen odnos do staranja. Zaradi spolne neuravnoteženosti vzorca razlik po spolu nismo mogli proučevati. Enako velja tudi za vzorec vodilnih. Vzorec tudi ni uravnotežen glede na stopnjo izobrazbe, kar odraža dejansko stanje v izobrazbeni strukturi zaposlenih v domovih za starejše. Upoštevati moramo tudi omejitve, ki jih ima zbiranje podatkov s pomočjo vprašalnika.

## Zaključek

Raziskava med izvajalci zdravstvene nege v 13 domovih za starejše v Sloveniji je pokazala, da je stopnja znanja o Alzheimerjevi bolezni med njimi zadovoljiva, a se slabša z nižanjem stopnje izobrazbe. Splošno znanje o starejših oseb in staranju je pomanjkljivo, nekaterih rezultatov ni mogoče mednarodno primerjati. Ugotavljamo, da je odnos izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe do starejših oseb nevtralen, kar za kakovostno delo s starostniki ni dovolj. Raziskava opozori na potrebnost številnih medsektorskih ukrepov kot odziv na potrebe dolgožive družbe. Navedene ukrepe bomo lahko dosegli, če bomo politike dolgožive družbe načrtovali medsektorsko in medpoklicno ter strokovnjakom zdravstvene nege

dodelili kompetence za specialistične in napredne oblike dela. Področje potrebuje nadaljnje kvalitativne in kvantitativne raziskave, usmerjene v prepoznavanje še nepojasnjenih spremenljivk o staranju in skrbi za starejše, razvoj novih instrumentov in oblikovanje vzročnih hipotetičnih modelov, ki bodo omogočili pojasniti širše dejavnike, s katerimi lahko učinkovito oblikujemo kakovostno delo s starejšimi osebami.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

## Financiranje / Funding

Raziskava je bila delno financirana v okviru projekta »Stopnja znanja o Alzheimerjevi bolezni med zaposlenimi v domovih za starejše in zdravstvenih domovih v Sloveniji: razvoj strategije za medpoklicno izobraževanje«. Javni razpis za sofinanciranje znanstvenoraziskovalnega sodelovanja med Republiko Slovenijo in Združenimi državami Amerike v letih 2017–2018 (ARRS\_MS\_BI\_US\_JR, Številka / oznaka projekta: BI-US/17-18-034). Projekt je vodila Brigita Skela-Savič. / The research was partially funded by the project "Level of knowledge on Alzheimer's disease among the employees in nursing homes and community health centres in Slovenia: the development of the strategy for interprofessional education". The public tender for funding research cooperation between the Republic of Slovenia and the United States of America between 2017–2018 (ARRS\_MS\_BI\_US\_JR, Project number/code: BI-US/17-18-034). The project was led by Brigita Skela-Savič.

## Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskovalki sta pri izvedbi raziskave sledili usmeritvam etike na področju neeksperimentalnih raziskav. Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2016) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). / In conducting their research, the researchers followed the ethical guidelines on non-experimental research. The research was prepared in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2016) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

## Prispevek avtorjev / Author contributions

Obe avtorici sta konceptualno zasnovali raziskavo in sodelovali pri pisanju in pregledu vseh delov besedila, metodologije, analize in interpretacije. / Both authors contributed to the conceptual design of the research, participated in the writing and reviewing of all parts

of the article, the methodology, analysis of the results and interpretation.

## Literatura

Adler, G., Lawrence, B.M., Ounpraseuth, S.T. & Asghar-Ali, A.A., 2015. A Survey on dementia training needs among staff at community-based outpatient clinics. *Educational Gerontology*, 41(12), pp. 903–915.

<https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1071549>

Alushi, L., Hammond, J.A. & Wood, J.H., 2015. Evaluation of dementia education programs for pre-registration healthcare students: a review of the literature. *Nurse Education Today*, 35(9), pp. 992–998.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.04.006>

PMid:25981137

Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. eds., 2018. *Contemporary perspectives on ageism: international perspectives on aging*. S.l.: Springer Open, 19, pp. 1–10.

[https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_1)

British Geriatrics Society, 2014. *Fit for frailty: consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings: a report from the British Geriatrics Society*. London: British Geriatrics Society, p. 31.

British Geriatrics Society & Royal College of General Practitioners, 2015. *Fit for frailty. Part 2 - developing, commissioning and managing services for people living with frailty in community settings: a report from the British Geriatrics Society and the College of General Practitioners*. London: British Geriatrics Society; Royal College of General Practitioners.

Carpenter, B.D., Balsis, S., Otilingam, P.G., Hanson, P.K. & Gatz, M., 2009. The Alzheimer's disease knowledge scale: development and psychometric properties. *The Gerontologist*, 49(2), pp. 236–247.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnp023>

PMid:19363018; PMCID:PMC2667675

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O. & Rockwood, K., 2013. Frailty in elderly people. *Lancet*, 381(9868), pp. 752–762.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

Collier, E., Knifton, C. & Surr, C., 2015. Dementia education in higher education institutions. *Nurse Education Today*, 35(6), pp. 731–732.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.013>

PMid:25735909

Deasey, D., Kable, A. & Jeong, S., 2014. Influence of nurses' knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: a literature review. *Australasian Journal on Ageing*, 33(4), pp. 229–236.

<https://doi.org/10.1111/ajag.12169>

PMid:25471745

- Eurostat, 2019. *EUROPOP2018: Population projections at national level (2018-2100). Population on 1st January by age, sex and type of projection*. Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node\\_code=proj](https://ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=proj) [5. 8. 2019].
- Evrpidou, M., Charalambous, A., Middleton, N., & Papastavrou, E., 2019. Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: systematic literature review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), pp. 48–60.  
<https://doi.org/10.1111/ppc.12291>  
PMid:29766513
- Gandesha, A., Souza, R., Chaplin, R. & Hood, C., 2012. Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff. *Nursing older people*, 24(4), pp. 26–31.  
<https://doi.org/10.7748/nop2012.05.24.4.26.c9070>  
PMid:22708154
- Griffiths, A., Knight, A., Harwood, R. & Gladman, J.R.F., 2014. Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals. *Age and Ageing*, 43(4), pp. 521–527.  
<https://doi.org/10.1093/ageing/aft171>  
PMid:24165310; PMCID:PMC4066612
- Harkness, J.A. 2003. Questionnaire Translation. In: J.A. Harkness, F. Van de Vijver & P. Mohler, eds. *Cross-cultural survey methods*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, pp. 35–56.
- Hvalič Touzery, S. 2018. Dolgoživa družba: izziv za zdravstveno nego. In: Đ. Sima, G., Lokajner, G., Kobentar, R., eds. *Staranje - izziv prihodnosti: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 33–43.
- Hvalič Touzery, S. & Skela-Savič, B., 2017. *Stopnja znanja o Alzheimerjevi bolezni, starost in odnos do dela s starostniki med zaposlenimi v domovih za starejše v Sloveniji: raziskovalno poročilo projekta*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, p. 29.
- Hvalič Touzery, S., Kydd, A. & Skela-Savič, B., 2013. Odnos do dela s starostniki med kliničnimi mentorji. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(2), pp. 157–168. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2923> [27. 6. 2018].
- Hvalič-Touzery, S., Skela-Savič, B., Macrae, R., Jack-Waugh, A., Tolson, D. & Hellström, A., et al., 2018. The provision of accredited higher education on dementia in six European countries: an exploratory study. *Nurse Education Today*, 60, pp. 161–169.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.10.010>  
PMid:29132018
- Ibrahim, J.E. & Davis, M.C., 2013. Availability of education and training for medical specialists about the impact of dementia on comorbid disease management. *Educational Gerontology*, 39(12), pp. 925–941.  
<https://doi.org/10.1080/03601277.2013.767657>
- Kwon, K.Y., Lee, H.Y. & Hwang, S.S., 2013. A study on the knowledge, attitude and nursing practice of the nurses-towards the elderly in geriatric hospitals. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 14(11), pp. 5785–5791.  
<https://doi.org/10.5762/KAIS.2013.14.11.5785>
- Kydd, A., Wild, D. & Nelson, S., 2013. Attitudes towards caring for older people: findings and recommendations for practice. *Nursing Older People*, 25(4), pp. 21–28.  
<https://doi.org/10.7748/nop2013.05.25.4.21.e769Part2>  
PMid:23789240
- Kydd, A., Engström, G., Touhy, T., Newman, D., Skela-Savič, B. & Hvalič-Touzery, S., et al., 2014. Attitudes of nurses, and student nurses towards working with older people and to gerontological nursing as a career in Germany, Scotland, Slovenia, Sweden, Japan and the United States. *International Journal of Nursing Education*, 6(2), p. 177.  
<https://doi.org/10.5958/0974-9357.2014.00630.8>
- Liu, Y.-E., Norman, I.J. & While, A.E., 2015. Nurses' attitudes towards older people and working with older patients: an explanatory model. *Journal of Nursing Management*, 23(8), pp. 965–973.  
<https://doi.org/10.1111/jonm.12242>  
PMid:24942812
- Ministrstvo za zdravje, 2016. *Strategija za obvladovanje demence v Sloveniji do leta 2020*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Available at: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Demence/12092016\\_strategija\\_obvladovanja\\_demence.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Demence/12092016_strategija_obvladovanja_demence.pdf) [12. 8. 2019].
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2018. *Sladkorna bolezen v Sloveniji: kje smo in kam gremo? Nenalezljive bolezni in stanja*. Available at: <https://www.nijz.si/sl/sladkorna-bolezen-v-sloveniji-kje-smo-in-kam-gremo> [6. 8. 2019].
- Nolan, M., Davies, S. & Grant, G. eds., 2001. *Working with older people and their families: key issues in policy and practice*. Buckingham; Philadelphia: Open University Press.
- Pallant, J., 2010. *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS*. 4th ed. New York: Open University Press/McGrawHill.
- Palmore, E.B., 1999. *Ageism: negative and positive*. 2nd ed. New York: Springer.
- Patterson, C., 2018. *World Alzheimer Report 2018: the state of the art of dementia research: New frontiers*. London: Alzheimer's Disease International (ADI). Available at: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf> [5. 8. 2019].
- Penney, M.V., 2014. *Ageism: contact with older adults and anxiety towards aging*. Bachelor's thesis. Corner Brook: Memorial University of Newfoundland.

- Polizzi, K.G., 2003. Assessing attitudes toward the elderly: Polizzi'S Refined Version of the Aging Semantic Differential. *Educational Gerontology*, 29(3), pp. 197–216.  
<https://doi.org/10.1080/713844306>
- Pot, A.M. & Petrea, I., 2013. *Improving dementia care worldwide: ideas and advice on developing and implementing a National Dementia Plan*. London: Bupa/ADI. Available at: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/global-dementia-plan-report-ENGLISH.pdf> [16. 8. 2017].
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T. & Prina, M., 2015. *World Alzheimer Report 2015 - the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London: Alzheimer's Disease International (ADI). Available at: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf> [5. 8. 2019].
- Skela-Savič, B., 2014. Are we aware of our responsibilities for the development of nursing? *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 5–11.  
<https://doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.12>
- Skela-Savič, B. & Hvalič Touzery, S., 2014. Znanja in stališča študentov zdravstvene nege in kliničnih mentorjev do dela s starostniki. *Zdravniški Vestnik*, 83(2), pp. 102–114.
- Skela-Savič, B. & Gabrovec, B., 2018. Management of frailty at individual level: frailty prevention: narrative literature review from the perspective of the European Joint Action on Frailty – ADVANTAGE JA. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), pp. 252–263.  
<https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.4.228>
- Smyth, W., Fielding, E., Beattie, E., Gardner, A., Moyle, W. & Franklin, S., 2013. A survey-based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff. *BMC Geriatrics*, 13, p. 2.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-2>  
PMid:23282030; PMCid:PMC3543846
- Staples, W.H. & Killian, C.B., 2012. Education affects attitudes of physical therapy providers toward people with dementia. *Educational Gerontology*, 38(5), pp. 350–361.  
<https://doi.org/10.1080/03601277.2010.544605>
- Tolson, D., Fleming, A., Hanson, E., Abreu, W., Crespo, M.L. & Macrae, R., et al., 2016. Achieving prudent dementia care (palliare): an international policy and practice imperative. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), p. 1.  
<https://doi.org/10.5334/ijic.2497>  
PMid:28316557; PMCid:PMC5354215
- Touhy, T.A. & Jett, K.F., 2016. *Ebersole and Hess' Toward Healthy Aging*. 9th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Tullo, E.S. & Gordon, A.L., 2013. Teaching and learning about dementia in UK medical schools: a national survey. *BMC Geriatrics*, 13, art. ID 29.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-29>  
PMid:23537386; PMCid:PMC3614474
- UNFPA & HelpAge International, 2012. *Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge*. New York, London: UNFPA and HelpAge International, p. 190. Available at: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf> [5. 8. 2019].
- Van der Elst, E., Deschodt, M., Welsch, M., Milisen, K. & Dierckx de Casterlé, B., 2014. Internal consistency and construct validity assessment of a revised Facts on Aging Quiz for Flemish nursing students: an exploratory study. *BMC Geriatrics*, 14, art. ID 128.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-128>  
PMid:25468447; PMCid:PMC4267412
- Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti & Urad za makroekonomske analize in razvoj, 2017. *Strategija dolgožive družbe*. Ljubljana: Urad za makroekonomske analize in razvoj. Available at: [http://www.umar.gov.si/fileadmin/user\\_upload/publikacije/kratke\\_analize/Strategija\\_dolgozive\\_druzbe/Strategija\\_dolgozive\\_druzbe.pdf](http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Strategija_dolgozive_druzbe/Strategija_dolgozive_druzbe.pdf) [12. 8. 2019].
- Wang, C.C., Liao, W.-C., Kuo, P.-C., Yuan, S.-C., Chuang, H.-L., Lo, H.-C., et al., 2010. The Chinese version of the Facts on Aging Quiz scale: reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), pp. 742–752.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.009>  
PMid:20022322
- Wyman, M.F., Shiovitz-Ezra, S., Bengel, J.B., 2018. Ageism in the health care system: providers, patients, and systems. In: L. Ayalon & C. Tesch-Römer, eds. *Contemporary Perspectives on Ageism, International Perspectives on Aging*. Springer Open, pp. 193–212.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8\\_13](https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_13)
- World Health Organization (WHO), 2015. *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1) [13. 2. 2018].
- World Health Organization (WHO), 2017. *Noncommunicable diseases fact sheet*. Geneva: World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> [10. 1. 2018].
- World Health Organization (WHO), 2019. *Fact Sheets – Dementia*. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> [5. 8. 2019].

Yang, Y., Xiao, L.D., Ullah, S. & Deng, L., 2015. General Practitioners' Knowledge of Ageing and Attitudes towards Older People in China. *Australasian Journal on Ageing*, 34(2), pp. 82–87. <https://doi.org/10.1111/ajag.12105>  
PMid:24118793

Zupančič, M., Colnerič, B., & Horvat, M., 2010. Poznavanje dejstev in zmotna prepričanja o starejših: implikacije za izobraževanje in delo s starejšimi. *Andragoška Spoznanja*, 16(2), pp. 37-51. <https://doi.org/10.4312/as.16.2.37-51>

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Skela-Savič, B. & Hvalič Touzery, S., 2020. Znanje, odnos in dojemanje dela s starejšimi osebami pri zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše: eksplorativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), 38–51. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2998>

Pregledni znanstveni članek / Review article

## Zdravstvena nega pacienta, ki je samomorilno ogrožen: pregled literature

### Nursing of patients at a risk of suicide: literature review

Petra Vršnik<sup>1,\*</sup>, Branko Bregar<sup>1,2</sup>

**Glavne besede:** suicid; medicinska sestra; varnost; psihiatrija; duševno zdravje

**Key words:** suicide; nurse; safety; psychiatry; mental health

<sup>1</sup> Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1000 Ljubljana, Slovenija

<sup>2</sup> Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

\* Korespondenčni avtor /  
Corresponding author:  
petra.vrsnik@psih-klinika.si

Članek je nastal na osnovi  
diplomskega dela Petre Vršnik  
*Opredelitev zdravstvene nege  
pri samomorilno ogroženem  
pacientu – pregled literature*  
(2018).

#### IZVLEČEK

**Uvod:** Vloga medicinske sestre je pri obravnavi samomorilno ogroženih pacientov ena izmed ključnih za preprečevanje pojavnosti samomora. Namen raziskave je bil pregledati literaturo s področja zdravstvene nege samomorilno ogroženih pacientov v Sloveniji in tujini.

**Metode:** Izveden je bil pregled literature v podatkovnih bazah PubMed, CINAHL, Google Učenjak in *Obzornik zdravstvene nege* od marca 2018 do septembra 2018. Napredno iskanje je potekalo s pomočjo Bullovega logičnega operatorja AND (IN), s kombinacijo naslednjih ključnih besed: »psychiatric nursing care«, »the role of nurses«, »nurse prevention suicide«, »suicidal patients« in »mental health nursing«. V slovensščini smo uporabili ključno besedo »samomor«. Izmed 2101 zadetkov je bilo v kvalitativno vsebinsko analizo vključenih 17 zadetkov oziroma člankov.

**Rezultati:** Viri so razporejeni glede na identificirane kode v kategorijo »Vloga medicinske sestre in pomen zdravstvene nege«, ki se deli na štiri pripadajoče podkategorije: (1) »Dejavnosti oziroma aktivnosti medicinske sestre za preprečevanje samomorov«, (2) »Terapevtski odnos in komunikacija medicinske sestre s samomorilno ogroženim pacientom«, (3) »Problemi medicinske sestre pri obravnavi samomorilno ogroženega pacienta« in (4) »Ukrepi za izboljšanje obravnave in preprečevanje samomora«.

**Diskusija in zaključek:** Medicinske sestre se lahko na vseh ravneh zdravstvenih dejavnosti srečujejo s posamezniki, ki imajo samomorilne misli. Z načinom obravnave in odziva na njihovo stisko lahko vplivajo na počutje posameznika. Za učinkovito delo morajo medicinske sestre pridobiti dodatna znanja s področja prepoznavne, ocenjevanja in preprečevanja samomorov.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The role of a nurse in the treatment of patients who are at a risk of suicide is one of the key factors in suicide prevention. The purpose of the study was to review the literature dealing with nursing of patients at a risk of suicide in Slovenia and abroad.

**Methods:** A systematic literature review was conducted in databases PubMed, CINAHL, Google Scholar and the *Slovenian Nursing Review* from March 2018 to September 2018. Advanced search was conducted with the Boolean operator AND, and the following key words: "psychiatric nursing care", "the role of nurses", "nurse prevention suicide", "suicidal patients" and "mental health nursing". In Slovenian the key word "samomor" was used. Of 2101 search results, 17 sources or articles were included in the qualitative content analysis.

**Results:** The articles are classified according to identified codes in the category: "a nurse's role and the importance of nursing" that is divided into four sub-categories: (1) Nursing activities or activities for prevention of suicide, (2) Therapeutic attitude and communication of a nurse with a patient at a risk of suicide, (3) A nurse's problems in dealing with a patient at a risk of suicide and (4) Actions to improve treatment and prevent suicide.

**Discussion and conclusion:** Nurses are likely to encounter patients who have suicidal thoughts in all areas of their practice. Nurses can affect patients' well-being with the manner in which they take care of them and respond to their distress. To work efficiently, nurses should obtain special knowledge on identifying, evaluation and prevention of suicide



Prejeto / Received: 12. 3. 2019  
Sprejeto / Accepted: 16. 2. 2020

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2968>

## Uvod

Samomor je eden izmed večjih svetovnih problemov na področju obravnave javnega zdravja (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, 2018). Razširjenost samomora vedno bolj narašča in letno po svetu zaradi posledic samomora umre približno milijon ljudi, kar pomeni okrog 15 samomorov na 100.000 prebivalcev (Škodlar & Tekavčič Grad, 2013; Falcone, et al., 2017). Projekcije so že pred več kot desetimi leti glede na oceno trenda kazale, da bo leta 2020 številka samomora narasla na 1,53 milijona ljudi po vsem svetu (Ziherl & Pregelj, 2010). Zadnji sociodemografski podatki iz leta 2015 kažejo, da se je v državah z nizkimi in srednjimi dohodki zgodilo 78 % samomorov, kar pomeni 1,4 % vseh smrti po vsem svetu (World Health Organisation [WHO], 2017). Glede spola podatki Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) iz leta 2016 kažejo, da je v Sloveniji samomorilni količnik na 100.000 prebivalcev znašal 17,97: 28,71 za moške in 7,40 za ženske (NIJZ, 2017). Slovenija sodi med države, ki so po številu samomorov v vrhu evropskih držav, zato samomor predstavlja velik javnozdravstveni in družbeni problem (NIJZ, 2017; Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2018).

Ravno zato je primerna in kakovostna zdravstvena obravnava v vseh fazah celotnega procesa samomora ključna pri preprečevanju samomorilnega vedenja. Gre za obširen in kompleksen problem, s katerim se soočajo zaposleni v zdravstvu tako v psihiatriji kot tudi na drugih področjih. Za uspešno in pravočasno pomoč morajo zdravstveni delavci znati prepoznati samomorilno ogroženost posameznikov (Frelj, 2011; Bregar, 2012; Kokalj, et al., 2015). Medicinska sestra je oseba v zdravstvenem timu, ki največ časa preživi s pacienti, zato lahko najhitreje prepozna znake in simptome ogroženosti za samomor (Bregar, 2012). Pomembna je vzpostavitev kakovostnega medosebnega terapevtskega odnosa in zaupanja s pacienti, saj je brez pristnega odnosa težko prepoznati samomorilno ogroženost in oceniti stanje pacienta (Plawecki & Amrhein, 2010; Videčnik, 2011; Bregar, 2012). Ker je pogovor o samomoru neprijetna tema, se ji zaposleni v zdravstveni negi velikokrat izogibajo, čeprav pacienti izražajo potrebo, da se jim prisluhne (Bregar, 2012; Rant & Bregar, 2014). Meerwijk in sodelavci (2010) navajajo, da se medicinske sestre v psihiatriji redko pogovarjajo s pacienti o njihovih samomorilnih mislih. Medicinske sestre potrebujejo več usposabljanja v komunikacijskih veščinah s pacienti, ki izražajo samomorilne misli, saj pogosto same poročajo o čustveni in osebni stiski zaradi pomanjkanja znanja s tega področja (Meerwijk, et al., 2010; Lees, et al., 2014; Saigle & Racine, 2018). Za uspešno preprečevanje samomorov se poudarja izobraževanje in usposabljanje medicinskih sester, kar lahko pripomore k boljši prepoznavi, ocenjevanju

in ukrepanju pri delu s samomorilno ogroženimi pacienti (Meerwijk, et al., 2010; Bregar, 2012; Lees, et al., 2014).

### *Namen in cilji*

Namen pregleda literature je bil raziskati literaturo, ki se nanaša na zdravstveno nego pacienta, nagnjenega k samomorilnosti. Cilj raziskave je bil ugotoviti aktivnosti zaposlenih v zdravstveni negi pri obravnavi samomorilno ogroženega pacienta in pripraviti načrt za oceno samomorilne ogroženosti. Postavili smo si raziskovalno vprašanje:

– Kakšna sta pomen in vloga zdravstvene nege pri obravnavi samomorilno ogroženega pacienta?

## Metode

Uporabljen je bil pregled literature.

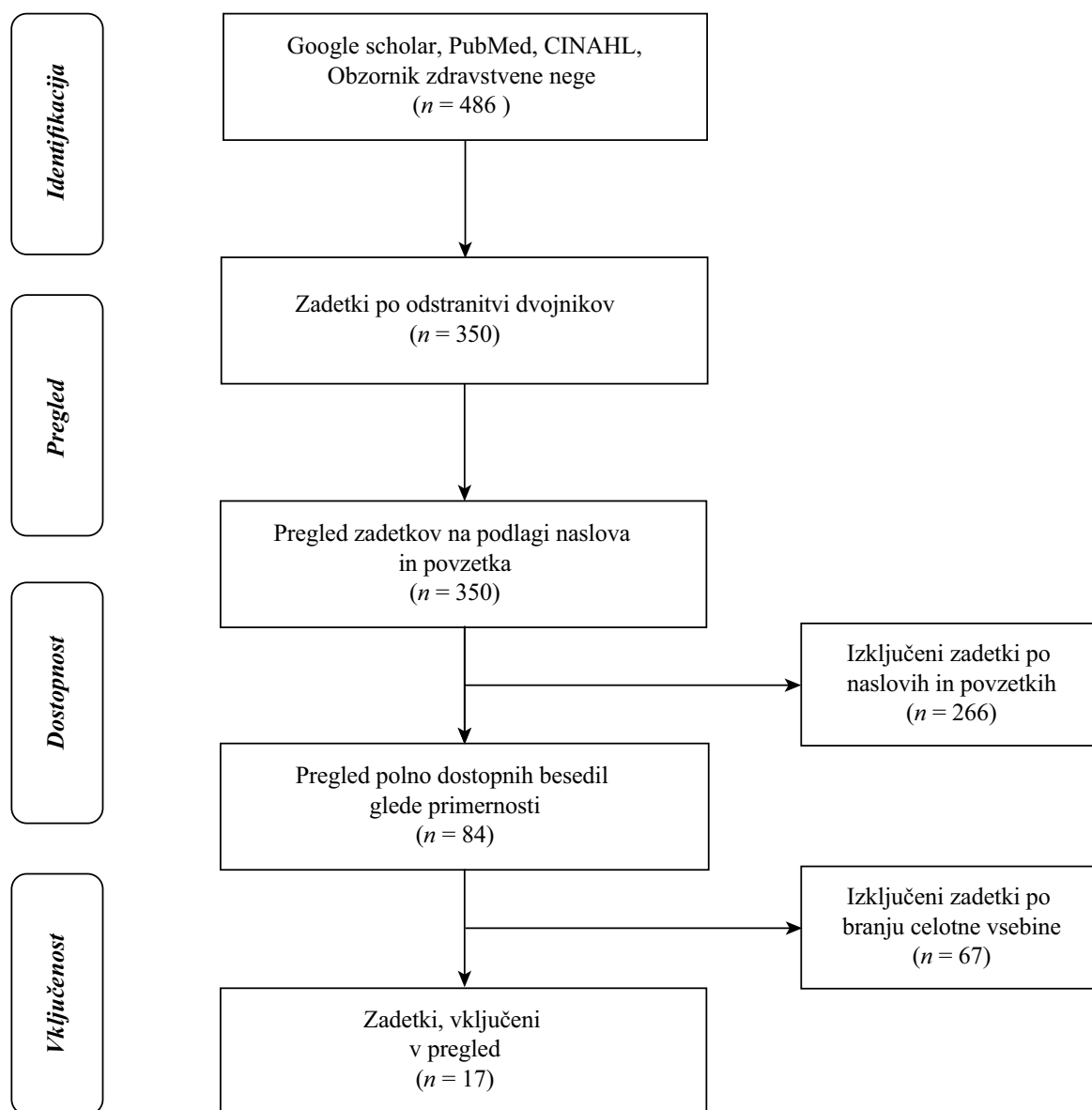
### *Metode pregleda*

Za iskanje tuje literature smo uporabili dostopne podatkovne baze Google učenjak, CINAHL in PubMed. Za iskanje slovenske strokovne literature smo se odločili za bazo podatkov v *Obzorniku zdravstvene nege*, saj smo želeli poiskati le strokovna in znanstvena dela, ki so objavljena v znanstveni reviji. Za ključne iskalne besedne zveze v angleškem jeziku smo v vseh naštetih bazah uporabili: »psychiatric nursing care«, »suicide«, »the role of nurses«, »nurse prevention in suicide«, »suicidal patients« in »mental health nursing«. Za iskanje slovenske literature smo uporabili ključno besedo »samomor«. Iskanje literature smo izvedli v obdobju od marca 2018 do septembra 2018. Pri iskanju v podatkovnih bazah smo se omejili na naslednje omejitvene oziroma vključitvene kriterije: obdobje iskanja od leta 2008 do 2018, angleški in slovenski jezik in celotno besedilo člankov, prosto dostopno.

### *Rezultati pregleda*

Strategija pregleda zadetkov po podatkovnih bazah je prikazala skupno 2101 zadetkov. Po pregledu ustreznosti smo izločili 1615 zadetkov. Glede na vsebinsko ustreznost smo nato pridobili 486 zadetkov. Pri upoštevanju vseh omejitvenih kriterijev smo za končni nabor virov uporabili 17 zadetkov.

Prikaz iskanja strokovne literature je razviden s Slike 1, ki prikazuje natančnejši postopek iskanja literature po podatkovnih bazah, kjer smo uporabili za naš namen prilagojen shematski prikaz, ki ga omogoča shema PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis*) (Welch, et al., 2012).



**Slika 1:** Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

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

### *Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov*

Oceno kakovosti pregleda literature smo določili po zgledu Polita in Becka (2008). Dva članka sta temeljila na randomizirani klinični raziskavi, šest jih je temeljilo na sistematičnem pregledu korelacijskih opazovalnih raziskav, dva pa na posameznih korelacijskih opazovalnih študijah. Ostale članke smo z vidika hierarhije dokazov uvrstili nižje (Slika 2).

Za analizo virov smo uporabili »princip kvalitativne vsebinske analize«, pri kateri predstavlja odprto kodiranje po Vogrincu (2008) osrednji postopek

analize besedil. Postopek kvalitativne analize se deli na šest korakov (Vogrinc, 2008): 1) urejanje gradiva, 2) določitev enot kodiranja glede na osrednjo temo in namen sistematičnega pregleda literature, 3) kodiranje, 4) izbor in definiranje relevantnih pojmov in oblikovanje kategorij, 5) definiranje kategorij in 6) oblikovanje zaključkov in razumevanja zdravstvene obravnave pacientov, ki so samomorilno ogroženi.

### **Rezultati**

Tabela 1 prikazuje vse vire, zajete v pregled literature. S kvalitativno vsebinsko analizo dobljenih virov smo



<b>Nivo 1</b> a) Sistematični pregled randomiziranih kliničnih raziskav ( $n = 0$ ). b) Sistematični pregled nerandomiziranih raziskav ( $n = 0$ ).
<b>Nivo 2</b> a) Posamezne randomizirane klinične raziskave ( $n = 2$ ). b) Posamezne nerandomizirane raziskave ( $n = 0$ ).
<b>Nivo 3</b> Sistematični pregled korelacijskih / opazovalnih raziskav ( $n = 6$ ).
<b>Nivo 4</b> Posamezne korelacijske / opazovalne raziskave ( $n = 2$ ).
<b>Nivo 5</b> Sistematični pregled opisnih / kvalitativnih / fizioloških raziskav ( $n = 1$ ).
<b>Nivo 6</b> Posamične opisne / kvalitativne / fiziološke raziskave ( $n = 6$ ).
<b>Nivo 7</b> Mnenja avtorjev, ekspertnih komisij ( $n = 0$ ).

**Slika 2: Hierarhija dokazov**  
**Figure 2: Hierarchy of evidence**

**Tabela 1: Prikaz ključnih ugotovitev raziskav, vključenih v kvalitativno vsebinsko analizo**  
**Table 1: A review of the key findings of the research included in qualitative content analysis**

<i>Avtor, leto / Author, year</i>	<i>Tipologija raziskave / Research typology</i>	<i>Cilji raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Seixas Santos, et al., 2017	Sistematični pregled literature	Ugotoviti vlogo zaposlenih v zdravstveni negi v odnosu do pacientov, ki so imeli v anamnezi poskus samomora, ter izkušnje njihovih družin in strokovnjakov, ki se ukvarjajo s problematiko na tem področju.	$n = 19$	Ugotovljena je bila potreba po izboljšanju procesa usposabljanja v zdravstveni negi, ki mora obravnavati zdravstveno nego v več samomorilnih kontekstih, da bodo lahko medicinske sestre bolje delovale v različnih situacijah.
Bregar, 2012	Sistematični pregled literature	Pregledati prakso zdravstvene nege samomorilno ogroženih pacientov v Sloveniji in tujini ter priporočiti nekatere nove pristope.	$n = 51$	Zaposleni v zdravstveni negi morajo na vseh področjih samomorilnim pacientom poleg opazovanja nuditi predvsem ustrezno socioterapevtsko podporo. Medicinske sestre je treba opolnomočiti z novimi znanji.
Lynch, et al., 2008	Sistematični pregled literature	Ugotoviti dejavnike tveganja za samomor pri pacientih v psihiatrični bolnišnici; ugotoviti uporabo instrumentov, ki jih medicinske sestre lahko uporabijo za oceno ogroženosti samomorilnih pacientov v bolnišnici.	$n = 39$	Medicinske sestre naj poznajo dejavnike tveganja za samomor in načine, kako oceniti pacientovo ogroženost, da bi preprečili samomor.

Se nadaljuje / Continues

<i>Avtor, leto / Author, year</i>	<i>Tipologija raziskave / Research typology</i>	<i>Cilji raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Cutcliffe & Stevenson, 2008	Sistematični pregled literature	Ugotoviti dosedanje prakse obravnave samomorilno ogroženih pacientov in poudariti pomen nadaljnega raziskovanja.	$n = 63$	Poleg poudarjenega opazovanja pacienta sta pomembna tudi pristna vzpostavitev odnosa in terapevtska komunikacija.
Sakinofsky, 2014	Sistematični pregled literature	Poudariti, kaj je znano o bolnišničnih samomorih in možnostih njihovega preprečevanja.	$n = 205$	V bolnišnici na oddelku je mogoče zmanjšati tveganje za samomor predvsem z zagotavljanjem varnega okolja, ustreznim nadzorom pacientov, dobro komunikacijo z razumevanjem in spoštovanjem samomorilne ogroženosti pacienta, dobrim timskim sodelovanjem med različnimi poklici v zdravstvu.
Hagen, et al., 2018	Posamične opisne kvalitativne fiziološke raziskave	Raziskati izkušnje z zdravljenjem in zdravstveno obravnavo pacientov po poskusu samomora, ki so bili sprejeti v psihiatrično bolnišnico.	$n = 5$	Čprav so udeleženci poročali predvsem o pozitivnih izkušnjah, so nekateri izrazili tudi nezadostno zdravstveno oskrbo, saj so menili, da njihovo trpljenje in samomorilnost nista bila prepoznana s strani osebja. Svojih občutkov niso mogli zaupati vsem zaposlenim, ker niso začutili pristne povezave ter varnosti. Občutek zaupanja je pomemben dejavnik pri okrevanju pacientov. Nekaterim zdravstvenim delavcem primanjkuje kompetenc s področja podpore in obravnave samomorilnih pacientov.
Lakeman, 2010	Sistematični pregled literature	Ugotoviti pomen kvalitativnih raziskav pri obravnavi samomorilnih pacientov za medicinske sestre.	$n = 34$	Medicinske sestre se lahko na vseh področjih in okoljih srečujejo s samomorilnostjo. S svojim načinom obravnave vplivajo na počutje pacientov. Sočutje in skrb za pacientovo počutje, razumevanje, poslušanje, sodelovanje – in ne le opazovanje ter skrb za varnost – so bistveni elementi delovanja medicinskih sester na tem področju. Le opazovanje ni zadostno pri preprečevanju samomora in v nekaterih primerih lahko celo ovira pristen medosebni odnos medicinske sestre in pacienta.
Meerwijk, et al., 2010	Posamične opisne kvalitativne fiziološke raziskave	Oceniti smernico, ki temelji na dokazih in podpira zdravstveno nego samomorilnih pacientov, obolelih s shizofrenijo.	$n = 21$	Smernica podpira medosebni terapevtski odnos in ne le opazovanje pacientov ter ocenjevanje tveganja samomorilnosti.
Wang, et al., 2016	Posamične opisne kvalitativne fiziološke raziskave	Raziskati vpliv bolnišničnih samomorov na medicinske sestre in potrebo slednjih, da prejmejo podporo po samomoru pacientov.	$n = 15$	Samomor pacientov v bolnišnici povzroči visoko stopnjo čustvene stiske in negativno vpliva na počutje medicinske sestre. Potreben je razvoj učinkovitih strategij za zagotavljanje podpore in stalnega izobraževanja.
Bolster, et al., 2015	Sistematični pregled literature	Pregledati izobraževanje medicinskih sester na področju samomorilnosti.	$n = 33$	Stanje je zaskrbljujoče na področju izobraževanja, raziskovanja in prakse zdravstvene nege. Usposabljanje medicinskih sester za ocenjevanje, obravnavo in usmerjanje samomorilnih pacientov je ključnega pomena za preprečevanje samomorov.
Lygnugaryte-Griksiene, et al., 2017	Posamezne korelacijske opazovalne raziskave	Opredeliti vplivne dejavnike usposobljenosti in kompetence preprečevanja samomora pri različnih zdravstvenih delavcih.	$n = 268$	Boljše spretnosti pri preprečevanju samomora so pokazali mlajši zdravstveni delavci z višjo stopnjo izobrazbe, večjo delovno obremenjenostjo na področju samomorov, bolj pozitivnim odnosom do preprečevanja samomora ter uspešnejšimi strategijami za obvladovanje stresa.

<i>Avtor, leto / Author, year</i>	<i>Tipologija raziskave / Research typology</i>	<i>Cilji raziskave / Research objective</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve / Key findings</i>
Sellin, et al., 2017	Posamične opisne kvalitativne fiziološke raziskave	Opisati pomen sodelovanja pacientove družine oziroma svojcev pri obravnavi, medtem ko je pacient hospitaliziran v bolnišnici zaradi samomorilne ogroženosti.	$n = 8$	Udeležba svojcev pri obravnavi samomorilno ogroženih pacientov je pomembna v procesu okrevanja, pomeni njihovo aktivno vključevanje v proces, v katerem prizadeta oseba ponovno pridobi željo po življenju. Medicinske sestre naj podprejo svojce.
Palmieri, et al., 2008	Posamezne korelacijske opazovalne raziskave	Primerjati usposobljenost različnih zdravstvenih delavcev za ocenjevanje in obravnavo samomorilno ogroženih pacientov.	$n = 232$	Vsi sodelujoči so že imeli stik s samomorilnimi posamezniki, vendar so imeli le redki pred tem usposabljanje za obravnavo samomorilno ogroženih pacientov. Medicinske sestre, zaposlene v psihiatriji, so imele boljši rezultat pri prepoznavi in primernem odzivu na samomorilne paciente v primerjavi s splošnimi zdravniki in zdravstvenimi delavci, zaposlenimi v urgentni dejavnosti.
Jansson & Hällgren Graneheim, 2018	Posamične opisne kvalitativne fiziološke raziskave	Raziskati izkušnje medicinskih sester v zvezi z ocenjevanjem tveganja za samomor v specialistični psihiatrični ambulanti.	$n = 12$	Medicinske sestre, ki delujejo na podeželju, so polno odgovorne za oceno pacientovega tveganja za samomor, kar predstavlja izredno zahtevno kompetenco. Odgovornost za oceno samomorilnega tveganja povzroči občutke negotovosti in obremenjenosti, kar poveča tveganje za čustveno občutljivost in stres medicinskih sester.
Sun, et al., 2013	Posamezne randomizirane klinične raziskave	Oblikovati program za usposabljanje medicinskih sester za dvanajstmesečno izobraževanje svojcev o skrbi za samomorilno ogroženega posameznika v družini.	$n = 61$	V raziskavi so opredeljeni trije postopki, ki so učinkovito pomagali svojcem pri skrbi za samomorilne sorodnike.
Chan, et al., 2009	Posamezne randomizirane klinične raziskave	Ugotoviti vpliv 8,5-urnega učnega izobraževalnega programa za krepitev znanja, odnosov in kompetenc medicinskih sester pri preprečevanju in obravnavi samomorilno ogroženih pacientov.	$n = 110$	Ni bilo pomembnih razlik v rezultatih med eksperimentalno in kontrolno skupino, verjetno zaradi prekratkega izobraževanja.
Hagen, et al., 2017	Posamične opisne kvalitativne fiziološke raziskave	Raziskati izkušnje medicinskih sester na psihiatričnih oddelkih pri prepoznavanju in odzivanju na samomorilno vedenje pacientov ter spopadanje z njihovimi čustvenimi vedenji.	$n = 8$	Medicinske sestre se pri svojem delu soočajo z razbremenitvijo pacientovih psihičnih bolečin in vlivanjem upanja. Poleg tega morajo uravnovežiti svoje čustveno izražanje oziroma empatijo in profesionalno poklicno oddaljenost v odnosu s samomorilnimi pacienti, s čimer pripomorejo k skrbi zanje kot tudi zase. Z zagotavljanjem oskrbe in spoznavanja pacientov imajo priložnost prepoznati njihove izražene verbalne ali neverbalne stiske, ki so možni opozorilni znaki samomorilne ogroženosti, ter se odzvati nanje.

**Tabela 2:** Razporeditev kod po kategorijah**Table 2:** Code allocation by category

Kategorija / Category	Podkategorije / Subcategories	Kode / Codes	Avtor / Author
Vloga medicinske sestre in pomen zdravstvene nege	Dejavnosti oziroma aktivnosti medicinske sestre za preprečevanje samomorov	Opazovanje čustev, vedenja in mišljenja Sprotno ocenjevanje samomorilnega vedenja Dokumentiranje ocene samomorilne ogroženosti Prepoznavanje dejavnikov tveganja za samomor Odziv na izražanje samomorilnih misli Zagotavljanje varnosti in nadzor samomorilno ogroženih pacientov Sodelovanje medicinskih sester s člani tima	Lynch, et al., 2008; Chan, et al., 2009; Meerwijk, et al., 2010; Bregar, 2012; Sakinofsky, 2014; Bolster, et al., 2015; Hagen, et al., 2017; Seixas Santos, et al., 2017; Jansson & Hällgren Graneheim, 2018
	Terapevtski odnos in komunikacija medicinske sestre s samomorilno ogroženim pacientom	Neposredna bližina Poslušanje Pogovor s samomorilno ogroženimi pacienti Vzpostavitev zaupanja Vplivati pozitivno na paciente Empatija Nudjenje podpore samomorilno ogroženim pacientom Strokovnost in objektivnost pri odnosu s samomorilno ogroženim pacientom Vlivanje upanja Spodbujanje pacienta k izražanju čustev Razumevanje pacientov Kazanje skrbi in sočutja Individualna obravnava Vzpostavitev pristnega odnosa Vključevanje svojcev v obravnavo	Cutcliffe & Stevenson, 2008; Lynch, et al., 2008; Lakeman, 2010; Bregar, 2012; Sun, et al., 2013; Sakinofsky, 2014; Sellin, et al., 2017; Seixas Santos, et al., 2017; Hagen, et al., 2017, 2018
	Problemi medicinske sestre pri obravnavi samomorilno ogroženega pacienta	Pomanjkanje kompetenc o komunikaciji Pomanjkanje znanja o samomorilnem vedenju Negativen odnos do samomorilno ogroženih pacientov Čustvena ranljivost in moralni stres medicinskih sester Izgorevanje medicinskih sester Slaba odzivnost medicinskih sester na samomorilno vedenje Pomanjkanje prepoznavnosti samomorilnega vedenja Strah pred pogovorom o samomoru s pacientom Umik pred razglabljanjem o samomoru Občutek krivde in frustracija po samomoru pacienta Občutek slabe pripravljenosti Negotovost medicinskih sester pri delu s samomorilno ogroženimi pacienti	Palmieri, et al., 2008; Chan, et al., 2009; Meerwijk, et al., 2010; Bolster, et al., 2015; Lygnugaryte-Griksiene, et al., 2017; Jansson & Hagen, et al., 2018; Hällgren Graneheim, 2018; Wang, et al., 2018
	Ukrepi za izboljšanje obravnave in preprečevanje samomora	Izobraževanje in usposabljanje na področju samomorilno ogroženih pacientov Povečanje samozavesti medicinskih sester Razvoj preventivnih praks Zagotavljanje podpore medicinskim sestram pri obravnavi samomorilno ogroženih pacientov Izboljšanje načina spopadanja medicinskih sester s samomori pacientov Preprečevanje izgorevanja medicinskih sester	Palmieri, et al., 2008; Chan, et al., 2009; Bolster, et al., 2015; Griksiene, et al., 2017; Seixas Santos, et al., 2017; Lygnugaryte-Jansson & Hällgren Graneheim, 2018; Wang, et al., 2018

identificirali štiri kategorije s pripadajočimi kodami (Tabela 2): (1) »Dejavnosti oziroma aktivnosti medicinske sestre za preprečevanje samomorov«; (2) »Terapevtski odnos in komunikacija medicinske sestre s samomorilno ogroženim pacientom«; (3) »Problemi medicinske sestre pri obravnavi samomorilno ogroženega pacienta«; (4) Ukrepi za izboljšanje obravnave in preprečevanje samomora. Po ponovnem vsebinskem pregledu kod in kategorij smo

se odločili, da identificirane kategorije spremenimo v podkategorije in jih umestimo pod enotno kategorijo, ki po našem mnenju najbolj opisuje končni namen sistematičnega pregleda literature (Tabela 2).

## Diskusija

Medicinske sestre delujejo na različnih področjih, kjer prepoznavajo, posredujejo in vrednotijo stanje

pacientov, ki so samomorilno ogroženi. Njihovo delo je opazovanje pacientovega vedenja, razmišljanja, čustvenih odzivov ter uporaba ustrezne komunikacije. Pomembno je njihovo znanje o prepoznavanju verbalnih in neverbalnih znakov izražanja stiske, kar jim lahko pomaga pravočasno zaznati klic na pomoč (Seixas Santos, et al., 2017). Medicinske sestre imajo lahko ključno vlogo pri obravnavi in obvladovanju samomorov, zato morajo poznati tveganja pacienta za samomor, znati preprečiti samomor ter imeti potrebno znanje in veščine za celoten proces vodenja samomorilno ogroženega pacienta (Chan, et al., 2009; Meerwijk, et al., 2010; Bolster, et al., 2015; Wang, et al., 2016). Dejavnosti medicinskih sester vključujejo sposobnost oziroma kompetence ocenjevanja samomorilne ogroženosti pacientov ob odpustu ali med spremembami duševnega ali telesnega stanja med zdravstveno obravnavo. Znanje o ocenjevanju samomorilnosti in posledično zagotovitev ustrezne varne obravnave sta ključnega pomena za uspešno delo medicinskih sester v bolnišnici (Lynch, et al., 2008; Betz, et al., 2013), kar poudarja pri nas tudi Bregar (2012). Jansson in Hällgren Graneheim (2018) izpostavljata veliko odgovornost medicinskih sester na podeželskih območjih v specialističnih ambulantah na Švedskem, kjer imajo polno odgovornost in kompetence za oceno pacientovega tveganja za samomor. V zdravstveni obravnavi samomorilno ogroženega pacienta je pomembna izkušnost v ocenjevanju samomorilne ogroženosti, predvsem pa pisna ter ustna komunikacija med vsemi člani zdravstvenega tima, ki sodelujejo v procesu obravnave samomorilno ogroženega pacienta (Hagen, et al., 2017). Vsi v zdravstvenem timu naj sodelujejo in se informirajo o vsem, kar bi lahko vplivalo na pacientovo tveganje za samomor (Lynch, et al., 2008; Sakinofsky, 2014).

Cutcliffe in Stevenson (2008) menita, da je vsaka brezosebna terapija, kot sta na primer opazovanje (običajno se izvaja skupaj z nadzorom) in osamitev pacienta, v odnosu med samomorilnim pacientom in medicinsko sestro preveč v ospredju. V skrbi oziroma obravnavi samomorilno ogroženih pacientov v zdravstveni negi na področju psihiatrije in duševnega zdravja prevladujeta le nadzor in opazovanje pacientov (Bregar, 2012). Samo opazovanje ne zadostuje pri preprečevanju samomorilnosti in medicinske sestre lahko celo ovira pri razvoju pristnega medosebnega odnosa s pacientom, ki je pri obravnavi samomorilno ogroženega posameznika prav tako zelo pomemben (Lakeman, 2010). Samo nadzor je za paciente celo ponižujoč (Sakinofsky, 2014). Tradicionalno je nadzor z opazovanjem samomorilno ogroženih pacientov bistvena aktivnost zdravstvene nege, vendar je v zadnjih dveh desetletjih postal sporen. Bistvo zdravstvene obravnave samomorilno ogroženih posameznikov je terapevtsko razmerje med zdravstvenim delavcem in pacientom (Cutcliffe & Stevenson, 2008). Medicinske sestre lahko pripomorejo h kakovostnejši zdravstveni

obravnavi samomorilno ogroženih pacientov z izražanjem sočutja in skrbjo za njihovo počutje, z razumevanjem, poslušanjem, razbremenitvijo pacientovih psihičnih bolečin in vlivanjem upanja, prizadevanjem za pridobitev zaupanja ter sodelovanje z njimi (Cutcliffe & Stevenson, 2008; Lynch, 2008; Lakeman, 2010; Hagen, et al., 2017). Bregar (2012) izpostavlja terapevtski odnos, ki vsebuje neposredno bližino, empatijo medicinske sestre ter pristnost v odnosu. Pacienti so celo v raziskavi (Hagen, et al., 2018) izrazili, da med hospitalizacijo po poskusu samomora niso mogli zaupati občutkov vsem zaposlenim, ker niso začutili pristne povezave, in močno poudarili pomen pristnega odnosa med medicinsko sestro in pacienti. Kljub temu da morajo imeti medicinske sestre pri svojem delu veliko mero empatije, morajo imeti tudi sposobnost uravnotežiti svoje čustveno izražanje in profesionalno poklicno oddaljenost v odnosu s samomorilnimi pacienti, s čimer pripomorejo k skrbi tako zanje kot zase (Hagen, et al., 2017).

Pomembno vlogo pri obravnavi samomorilno ogroženega pacienta imajo tudi njegovi svojci (Sun, et al., 2013; Sellin, et al., 2017; Seixas Santos, et al., 2017). Medicinske sestre imajo večjo možnost, da preprečijo samomor, če vključijo informacije svojcev (Seixas Santos, et al., 2017). Sellin in sodelavci (2017) poudarjajo, kako pomembna je tudi podpora družini hospitaliziranega pacienta ter istočasno razumevanje potreb sorodnikov. Sun in sodelavci (2013) menijo, da je ena izmed nalog medicinskih sester, da s svetovanjem izboljšajo usposobljenost svojcev pri skrbi za samomorilno ogroženega družinskega člana.

Hagen in sodelavci (2018) opozarjajo, da kljub osredotočanju na samomorilno ogrožene paciente v psihiatrični bolnišnici nekateri zaposleni še vedno nimajo dovolj kompetenc pri individualni obravnavi samomorilno ogroženih pacientov, komunikaciji, prepoznavi in odzivu na samomorilne misli pacientov. Palmieri in sodelavci (2008) ugotavljajo, da so le redki zaposleni v zdravstvu opravili usposabljanje za obravnavo samomorilno ogroženih pacientov. Medicinske sestre so v raziskavi (Wang, et al., 2016) pokazale premalo znanja za preprečevanje samomora. V primeru, da medicinske sestre ne razvijejo pristnega, zaupljivega in empatičnega odnosa s pacienti, se ti lahko umaknejo in skrivajo svojo stisko ter bolečino, kar lahko škodljivo vpliva na njihovo duševno zdravje in varnost (Hagen, et al., 2018). Pomanjkanje znanja in ustreznih veščin za obravnavo samomorilnosti lahko povzroči veliko škodo pacientu (Lygnugaryte-Griksiene, et al., 2012). Več raziskovalcev (Meerwijk, et al., 2010; Bolster, et al., 2015; Wang, et al., 2016; Hagen, et al., 2018) poudarja problem pomanjkanja kompetenc na področju komunikacije medicinskih sester s samomorilnimi posamezniki. Velikokrat se v njih pojavi strah, da bodo s pogovorom o samomoru ravnale narobe ali celo spodbudile pacientovo razmišljanje o samomoru (Wang, et al., 2016). Meerwijk in sodelavci

(2010) navajajo, da medicinske sestre težko neposredno vprašajo pacienta o njegovih samomorilnih mislih; tej temi pogovora se raje izognejo, razen če pacienti kažejo očitne znake samomorilnosti. Tudi negativen odnos medicinskih sester do samomorilno ogroženih pacientov lahko povzroči občutke manjvrednosti, brezupnosti in zavrnitve, kar vodi v slab ali negativen izid obravnave (Bolster, et al., 2015).

Pomanjkanje znanja, usposobljenosti in kompetenc pri obravnavi samomorilno ogroženih pacientov in preprečevanju samomorilnosti lahko vodi v večje število samomorov, kar lahko negativno vpliva na medicinske sestre (Bregar, 2012). Raziskovalci so v več raziskavah (Chan, et al., 2009; Wang, et al., 2016; Jansson & Hällgren Graneheim, 2018) poročali o občutkih medicinskih sester, ki so imele izkušnjo s samomorom pacienta. Njihov odziv na samomor je bil psihološki: doživele so šok, pojavili so se občutki strahu in frustracije, lahko se je razvila tudi izgorelost. Če jim ni uspelo preprečiti samomora, so občutile zaskrbljenost ob pomanjkanju nadzora in se krivile za pacientovo smrt (Chan, et al., 2009).

Usposabljanja v zdravstveni negi je treba izboljšati, kar vključuje obravnavo samomorilno ogroženih pacientov. Tako bi se medicinske sestre bolje spoprijele z različnimi situacijami, ki se lahko pojavijo (Seixas Santos, et al., 2017). Izobraževanje medicinskih sester mora v svetovnem merilu postati primarni cilj, da se pravočasno prepozna samomorilna ogroženost in se izboljša obravnava pacientov (Bolster, et al., 2015). Le redki zaposleni, ki imajo veliko izkušenj s samomorilnimi pacienti, so pred tem opravili formalno izobraževanje (Palmieri, et al., 2008). Z dodatnim izobraževanjem bi tudi medicinske sestre pridobile spretnosti za preprečevanje samomora in s tem pomagale pacientom pri okrevanju (Wang, et al., 2016). Njihove izkušnje lahko spodbujajo ozaveščenost o odgovornosti in etičnih stališčih, povezanih z ocenjevanjem samomorilnega tveganja pacientov, ter pomagajo opozoriti na potrebo po nadaljnjem izobraževanju in nadzoru (Chan, et al., 2009; Jansson & Hällgren Graneheim, 2018). Izobraževanje je dokazano povezano z razvitimi spretnostmi za delo na področju samomorilnosti, večjo delovno obremenjenostjo, bolj pozitivnim odnosom do preprečevanja samomora, obvladovanjem stresa (Lygnugaryte-Griksiene, et al., 2012) in samozavestjo medicinskih sester pri delu s samomorilnimi pacienti (Seixas Santos, et al., 2015). Wang in sodelavci (2016) so ugotovili, da so se medicinske sestre, ki so se uspešneje spoprijemale s stresom, drugače odzvale na pacientovo samomorilno vedenje. Niso se izognile pogovoru o samomoru in čutile so manj obremenitev na delovnem mestu. Timsko sodelovanje in podpora sodelavcev pomembno vplivata na delo s samomorilno ogroženimi pacienti, zato je pomembno spodbujati podporno okolje (Jansson & Hällgren Graneheim, 2018).

Na osnovi pregleda literature je pripravljen opis, namenjen kliničnemu delu zaposlenih v zdravstveni negi. Nastal je na podlagi identifikacije problemov, s katerimi se srečujejo zaposleni v zdravstveni negi pri obravnavi pacienta, ki je samomorilen. V prvem koraku (ocena samomorilne ogroženosti) smo pozorni na opozorilne vedenjske in verbalne znake, ki jih opazimo pri stiku s posameznikom. Vedno jih je treba z vso resnostjo pretehtati. Prvi korak strokovnjaka je bistven. Če namreč spregledamo opozorilne znake, se nadaljnji proces pomoči ne bo odvil. Pomembno je, da se na opozorilne znake odzovemo pravočasno. Prav tako je pomembno, da smo pri tem pristni in dejansko verjamemo posamezniku v stiski (Rudd, et al., 2013). Verjeti moramo vsaki naši najmanjši intuiciji oziroma slutnji, da je posameznik ogrožen (Ross, et al., 2014). Slutnja medicinske sestre je bistvena pri kliničnih odločitvah in v zdravstveni negi potrebna skupaj z znanjem, podprtim z dokazi. Medicinska sestra morabitne slutnje nikakor ne sme zanemariti (Melin-Johansson, et al., 2017). Največkrat imajo tudi strokovnjaki v zdravstvu (celo v psihiatriji) mnoga zmotna prepričanja, kaj je dovoljeno oziroma ni dovoljeno pri stiku s samomorilno ogroženim posameznikom (Ross, et al., 2013). Vendar se moramo nujno zavedati, da je kakršna koli pomoč boljša kot nobena. Če ocenimo, da nismo dovolj usposobljeni za prepoznavo in oceno samomorilne ogroženosti, obstajajo tako v svetu (Ross, et al., 2014) kot tudi pri nas (NIJZ, 2017) številne publikacije in apeli za usposabljanje splošne in strokovne javnosti. Sledi drugi korak (ukrepanje), ki se lahko konča, če ocenimo, da samomorilne ogroženosti ni. Pri tem bodimo previdni. Če nismo strokovnjaki, je namreč ocena lahko tudi napačna. Pomembno je zavedanje, da smo začeli prvi korak, ker je obstajala slutnja, da posameznik potrebuje pomoč. Zato se moramo za dokončno odločitev v drugem koraku nujno posvetovati s strokovnjakom s tega področja oziroma posameznika tudi pospremiti do nujne medicinske pomoči ali psihiatrične urgentne pomoči. Nikakor ne smemo do dokončne odločitve posameznika pustiti samega – ves čas ga moramo opazovati oziroma mu nuditi stalni nadzor (Klančnik, et al., 2011). Če obstaja tveganje za samomor, so bistvene vzpostavitev pristnega, neposrednega in empatičnega odnosa ter dejavnosti izkušene medicinske sestre s tega področja (Bregar, 2012).

Pregled literature ima več omejitev. Pri naboru virov bi bilo zelo pomembno, da bi sodelovala dva neodvisna raziskovalca, ki bi izločala vire glede naslova in vsebine izvlečkov. V našem primeru je to opravila le ena oseba. V slovenskem jeziku je na tem področju zelo malo znanstvene literature, zato bi bilo treba za analizo slovenskega prostora narediti tudi pregled druge strokovne literature.

V nadaljevanju bi bilo treba nujno raziskati znanje in usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi na tem področju na vseh nivojih zdravstvenega varstva v

slovenskem prostoru. Nujno je treba zagotoviti dodatna izobraževanja medicinskih sester in spremeniti tako imenovano in grajeno »klinično prakso nadzora in opazovanja«. V ospredje naj se postavi medosebni odnos in komunikacija. Nadzor in opazovanje naj bosta le dodatni aktivnosti v procesu medosebnega odnosa, ki se razvijeta med pacientom in medicinsko sestro.

## Zaključek

Medicinske sestre se lahko na vseh področjih zdravstvene nege srečujejo s posamezniki, ki imajo samomorilne misli. Način, kako jih obravnavajo in se odzovejo na njihovo stisko, pomembno vpliva na počutje posameznika in pravočasno pomoč. Ustrezen terapevtski odnos s pacienti, ki se kaže v empatičnem pristopu, pristnem odnosu, dobri komunikaciji in vzpostavitvi zaupanja, je ključen. Ker medicinskim sestram primanjkuje znanja s področja prepoznave, ocenjevanja in komunikacije s samomorilno ogroženimi pacienti, bi bilo treba izboljšati proces usposabljanja v zdravstveni negi na tem področju. S tem bi medicinske sestre pridobile več znanja in spretnosti pri preprečevanju samomora. Ravno pomanjkanje znanja, usposobljenosti in kompetenc zaposlenih v zdravstveni negi pri obravnavi samomorilno ogroženih pacientov in preprečevanju njihove nagnjenosti lahko vodi tudi v večje število samomorov. Posledica neznanja in pomanjkanja ustreznih veščin je tudi doživljanje negativnih občutkov medicinskih sester, s katerimi se velikokrat ne znajo spopasti. Na tem področju bi bilo treba uvesti učinkovite posege, s katerimi bi izboljšali njihovo soočanje s samomori, kar bi pripomoglo tudi k njihovi samozavesti.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

## Financiranje / Funding

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

## Etika raziskovanja / Ethical approval

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

## Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je opravila raziskavo in pripravila prvi osnutek članka. Soavtor je sodeloval pri metodološki zasnovi raziskave, opravil kritični pregled osnutka

in dopolnil 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

Betz, M.E., Sullivan, A.F., Manton, A.P., Espinola, J.A., Miller, I., Camargo Jr, C.A., et al., 2013. Knowledge, Attitudes, and practices of emergency department providers in the care of suicidal patients. *Depression and anxiety*, 30(10), pp. 1005–1012.

Bolster, C., Holliday, C., Oneal, G. & Shaw, M., 2015. Suicide assessment and nurses: what does the evidence show. *The online Journal of Issues in Nursing*, 20(1), p. 2. PMID: 26824260

Bregar, B., 2012. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 67–74. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2870> [5. 10. 2018].

Chan, S.W., Chien, W.T. & Tso, S., 2009. Provision and evaluation of a suicide prevention and management programme by frontline nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 15(6), pp. 4–8. PMID: 19801708

Cutcliffe, J.R. & Stevenson, C., 2008. Feeling our way in the dark: the psychiatric nursing care of suicidal people: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), pp. 942–953. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.02.002> PMID: 17400229

Falcone, G., Nardella, A., Lamis, D.A., Erbutto, D., Girardi, P. & Pompili, M., 2017. Taking care of suicidal patients with new technologies and reaching-out means in the post-discharge period. *World Journal Psychiatry*, 7(3), pp. 163–176. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i3.163> PMID: 29043154; PCMid: PMC5632601

Frelj, A., 2011. Prepoznavanje samomorilno ogroženih oseb. In: B. Bregar, ed. *Celostna obravnava pacientov z depresijo. Vojnik, 1. 6. 2011*. Vojnik: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 11–16.

Hagen, J., Knizek, B.L. & Hjelmeland, H., 2017. Mental health nurses' experiences of caring for suicidal patients in psychiatric wards: an emotional endeavor. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), pp. 31–37. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.018> PMID: 28104055

- Hagen, J., Knizek, B.L. & Hjelmeland, H., 2018. Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies Health Well-being*, 13(1), art. ID 1461514. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514> PMID: 29652227; PMCID: PMC5906934
- Jansson, L. & Hällgren Graneheim, U., 2018. Nurses' experiences of assessing suicide risk in specialised mental health outpatient care in rural areas. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(7), pp. 554–560. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1431823> PMID: 29533690
- Klančnik-Gruden, M., Bregar, B., Peternej, A. & Marinšek, N., 2011. *Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege (SKZBZN): priručnik. Verzija 4*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kokalj, A., Prelog Rus, P. & Šarotar Novak, B., 2015. Obravnava samomorilnega pacienta. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina, Izbrana poglavja 2015. Portorož, 18. –20. junij 2015*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 134–136.
- Kovše, K., 2011. *Samomor v Sloveniji in možnosti preprečevanja*. Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije. Available at: [www.mf.unilj.si/dokumenti/f01d26f8e9551474d42c60ed08e0cdd4.pdf](http://www.mf.unilj.si/dokumenti/f01d26f8e9551474d42c60ed08e0cdd4.pdf) [1. 3. 2018].
- Lakeman, R., 2010. What can qualitative research tell us about helping the suicidal person. *Nursing times*, 106(33), pp. 23–26. PMID: 20863023
- Lees, D., Procter, N. & Fassett, D., 2014. Therapeutic engagement between consumers in suicidal crisis and mental health nurses. *International journal of mental health nursing*, 23(4), pp. 306–315. PMID: 24575883
- Lygnugaryte-Griksiene, A., Leskauskas, D., Jasinskas, N. & Masiukiene, A., 2017. Factors influencing the suicide intervention skills of emergency medical services providers. *Medical Education Online*, 22(1), art. ID 1291869. <https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1291869> PMID: 28235388; PMCID: PMC5345589
- Lynch, M.A., Howard, P.B., El-Mallakh, P. & Matthews, J.M., 2008. Assessment and management of hospitalized suicidal patients. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(7), pp. 45–52. PMID: 18686596
- Meerwijk, L.E., Meijel van, B., Bout van den, J., Kerkhof, A., Vogel de, W. & Grypdonck, M., 2010. Development and evaluation of a guideline for nursing care of suicidal patients with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), pp. 65–73. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00239.x>
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R. & Rönnerberg, L., 2017. Clinical intuition in the nursing process and decision making: a mixed-studies review. *Journal of clinical nursing*, 26(23/24), pp. 3936–3949. <https://doi.org/10.1111/jocn.13814> PMID:28329439
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2017. *Svetovni dan preprečevanja samomora: »Vzemi si trenutek, reši življenje.«* Available at: <http://www.nijz.si/sl/10-september-2017-svetovni-dan-preprecevanja-samomora-vzemi-si-trenutek-resi-zivljenje> [12. 8. 2018].
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2018. *Health at a glance: Europe 2018*. Paris: OECD Publishing, pp. 24–25.
- Palmieri, G., Forghieri, M., Ferrari, S., Pingani, L., Coppola, P., Colombini, N., et al., 2008. Suicide intervention skills in health professionals: a multidisciplinary comparison. *Archives of Suicide Research*, 12(3), pp. 232–237. <https://doi.org/10.1080/13811110802101047> PMID: 18576204
- Plawecki, L.H. & Amrhein, D.W., 2010. Someone to talk to, the nurse and the depressed or suicidal older patient. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(5), pp. 15–18. <https://doi.org/10.3928/00989134-20100330-11> PMID: 20438007
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Rant, B. & Bregar B., 2014. Understanding the attitudes of paramedics towards suicidal patients. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 177–194. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/24> [12. 8. 2018].
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28)*, 2018. Uradni list Republike Slovenije št. 24/18.
- Ross, A.M., Kelly, C.M. & Jorm, A.F., 2014. Re-development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: a Delphi study. *BMC Psychiatry*, 14, p. 241. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0241-8> PMID:25213799; PMCID:PMC4199061
- Rudd, M.D., Goulding, J.M. & Carlisle, C.J., 2013. Stigma and suicide warning signs. *Archives of suicide research*, 17(3), pp. 313–318. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.777000> PMID:23889579



- Saigle, V. & Racine, E., 2018. Challenges faced by healthcare professionals who care for suicidal patients: a scoping review. *Monash bioethics review*, 35(1/4), pp. 50–79. PMID: 29667145
- Sakinofsky, I., 2014. Preventing suicide among inpatients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), pp. 131–140. <https://doi.org/10.1177/070674371405900304> PMID: 24881161; PMCID: PMC4079240
- Sellin, L., Asp, M., Kumlin, T., Wallsten, T. & Wiklund Gustin, L., 2017. To be present, share and nurture: a lifeworld phenomenological study of relatives' participation in the suicidal person's recovery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 12(1), art. ID 1287985. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1287985> PMID: 28245364; PMCID: PMC5345596
- Seixas Santos, R., Cícera dos Santos de Albuquerque, M., Zeviani Brêda, M., Lysete de Assis Bastos, M., Marcela dos Santos Silva, V. & Vieira da Silva Tavares, N., 2017. Nurses' actions towards suicide attempters: reflective analysis. *Journal of Nursing*, 11(2), pp. 742–748.
- Sun, F.K., Chiang, C.Y., Yu, P.J. & Lin, C.H., 2013. A suicide education programme for nurses to educate the family caregivers of suicidal individuals: a longitudinal study. *Nurse Education Today*, 33(10), pp. 1192–1200. <https://doi.org/10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201731>
- Škodlar, B. & Tekavčič Grad, O., 2014. Samomorilnost. In: P. Pregelj, B. Plesničar Kores, M. Tomori, B. Zalar & S. Zihnerl, eds. *Psihiatrija*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 330–340.
- Videčnik, I., 2011. Obravnava pacienta s samomorilnim vedenjem. In: B. Plesničar Kores, ed. *Duševno zdravje*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 125–127.
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- Wang, S., Ding, X., Hu, D., Zhang, K. & Huang, D., 2016. A qualitative study on nurses' reactions to inpatient suicide in a general hospital. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(4), pp. 354–361. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.07.007>
- Welch, V., Petticrew, M., Tugwell, P., Moher, D., O'Neill, J., Waters, E., et al., 2012. PRISMA-Equity 2012 Extension: reporting Guidelines for systematic reviews with a focus on health equity. *Public Library of Science Medicine*, 9(10), art. ID e1001333. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001333> PMID: 23222917; PMCID: PMC3484052
- World Health Organisation (WHO), n.d. *Mentalhealth*. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/) [6. 3. 2018].

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Vršnik, P. & Branko, B., 2020. Zdravstvena nega pacienta, ki je samomorilno ogrožen: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), 52–63. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2968>

Pregledni znanstveni članek / Review article

## Opis, analiza in vrednotenje teorije medosebnih odnosov Hildegard E. Peplau v pediatrični zdravstveni negi

Description, analysis and evaluation of the Theory of Interpersonal Relations by Hildegard E. Peplau in pediatric nursing

Leona Cilar<sup>1, \*</sup>, Majda Pajnikihar<sup>1</sup>

**Ključne besede:** Hildegard Peplau; medosebni odnosi v zdravstveni negi; pediatrična zdravstvena nega; teorija zdravstvene nege

**Key words:** Hildegard Peplau; interpersonal relations in nursing; pediatric nursing; nursing theory

<sup>1</sup> Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

\* Korespondenčni avtor /  
Corresponding author:  
leona.cilar1@um.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Temeljne značilnosti pediatrične zdravstvene nege so najboljša skrb za otroka, vzdrževanje integritete družine in otrokove rutine ter posebna znanja in spretnosti za negovanje otroka. Teorija medosebnih odnosov poudarja pomen medosebnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom, ki se razvija skozi posamezne faze medsebojnega odnosa. Namen opisa, analize in vrednotenja teorije je ugotoviti možnost prenosa in uporabe teorije v praksi pediatrične zdravstvene nege.

**Metode:** Uporabljen je bil pregled znanstvene in strokovne literature v naslednjih podatkovnih bazah: Web of Science, ProQuest, Medline, PubMed, ScienceDirect in CINAHL. Upoštevana so bila priporočila PRISMA. Identificirane zadetke smo uvrstili v nivo glede na hierarhijo dokazov in ocenili kakovost s pomočjo priporočil GRADE. Teorijo smo opisali, analizirali in evalvirali po modelu avtorice M. Pajnikihar.

**Rezultati:** Izmed 321 identificiranih zadetkov je bilo v končno analizo vključeno 21 zadetkov. S pomočjo analize identificiranih zadetkov ugotavljamo, da večina avtorjev teorijo medosebnih odnosov opredeli kot teorijo srednjega obsega. V veliki meri se strinjajo, da je teorija enostavna in kompleksna ter ima jasno opisane koncepte, propozicije in predpostavke. Fenomen medosebnih odnosov je jasen medicinskim sestram v kliničnem okolju.

**Diskusija in zaključek:** Teorija je uporabna za prakso zdravstvene nege, raziskovanje in izobraževanje. Pred aplikacijo teorije v prakso in izobraževanje na področju pediatrične zdravstvene nege je treba teorijo testirati. Teorija podpira razvoj medosebnih odnosov ter verbalne in neverbalne komunikacije in jo lahko uporabimo za prakso, podprto s teorijo.

### ABSTRACT

**Introduction:** The basic characteristics of pediatric nursing include the best possible care for the child, the maintenance of family integrity and the child's routine, as well as the special knowledge and skills needed for the care of a child. The theory of interpersonal relations emphasizes the importance of interpersonal relations between a nurse and a patient, which develops through phases of interpersonal relations. The aim of the description, analysis and evaluation of the theory is to determine the possibility of transferring and using the theory in the practice of pediatric nursing.

**Methods:** A review of the scientific and professional literature was used in the following databases: Web of Science, ProQuest, Medline, PubMed, ScienceDirect and CINAHL. PRISMA recommendations were considered. We ranked the identified search hits according to the hierarchy of evidence, and evaluated the quality of the study using the GRADE recommendations. The theory was described, analyzed and evaluated according to Pajnikihar's model.

**Results:** Of the 321 identified hits, 21 were included in the final analysis. Through the analysis of the identified hits, we have found that most authors define the theory of interpersonal relations as medium-range theory. They also generally agree that the theory is simple as well as complex, and has clearly described concepts, propositions and assumptions. The phenomenon of interpersonal relations is clear to nurses in a clinical setting.

**Discussion and conclusion:** The theory is useful for nursing practice, research, and education. Testing the theory in pediatric nursing is required before applying the theory in practice and education. The theory supports the development of interpersonal relations, as well as verbal and non-verbal communication and may be used in theory-based practice.



Prejeto / Received: 21. 12. 2018  
Sprejeto / Accepted: 10. 1. 2020

<https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2958>

## Uvod

Temeljne značilnosti pediatrične zdravstvene nege so dovoljevanje svobode otroka, da prosto izraža svoje poglede, vključevanje staršev in celotne družine v proces zdravstvene nege ter njihovo spodbujanje, zagotavljanje prijaznega okolja, ki promovira spoštovanje in neodvisnost otroka, pomoč in spodbujanje otroka k čim prejšnji samooskrbi, zagotavljanje kontinuitete ter učinkovita zdravstvena nega otroka na domu (Pajnikihar, et al., 2016). Teorija na področju zdravstvene nege razsvetli svoj pomen skozi razjasnitev vrednot medicinskih sester, prepričanj in misli o človeku, njegovemu zdravju in življenju. Prav tako predstavlja vodilo za prakso (McCarthy & Aquino–Russell, 2009).

V začetku 20. stoletja se je veliko teoretikov začelo ukvarjati s konceptom medosebnih odnosov, med njimi so znani ameriški psihiatri in psihoanalitiki Harry Stack Sullivan, Erich Fromm in Karen Horney. Ti so v veliki meri vplivali na delo avtorice Hildegard Elizabeth Peplau (H. E. Peplau), ki je teorijo medosebnih odnosov prvič objavila leta 1952 in jo usmerila na področje psihiatrične zdravstvene nege (Nystrom, 2007). Leta 1988 je bila izdana nova izdaja z manjšimi dopolnitvami izvirne knjige (Pajnikihar, 2003), nato leta 1991, leta 1997 pa jo je avtorica objavila še v članku. H. E. Peplau (1952) je opozorila na vpliv odnosa medicinske sestre na izkušnje pacienta. Prav tako je pozornost v procesu zdravstvene nege namesto k znanstvenemu pristopu v raziskovanju usmerila k pacientu, njegovim potrebam in željam (Hagerty, 2015). Poudarila je (1952), da je namen teorije pomagati medicinskim sestram k boljšemu razumevanju odnosa do lastne osebnosti in funkcije medicinskih sester.

Teorija medosebnih odnosov je vplivala na razvoj novih teorij, kot so teorije avtoric I. J. Orlando (Ta'an, 2015) in J. Travelbee (1977). Peplau (1991) razlaga, da medicinska sestra asistira pacientu skozi številne naloge in skozi faze razvoja medosebnega odnosa. Prav tako natančno definira medosebni odnos in razvoj faz, v katerih morata pacient in medicinska sestra sodelovati, da je njun odnos uspešen; poudarja tudi pomen besedne in nebesedne komunikacije v procesu zdravstvene nege.

Na področju pediatrične zdravstvene nege sta izrednega pomena dober in zaupen medosebni odnos ter učinkovita komunikacija (Coverdale & Long, 2015; Funakoshi, et al., 2016). Pacient in medicinska sestra gradita medsebojno zaupanje na podlagi medosebnega odnosa, ki mora vključevati medsebojno spoštovanje, sprejemanje, poslušanje in pomoč (Funakoshi, et al., 2016). Kakovostna zdravstvena nega temelji na holistični obravnavi, znanju in izkušnjah medicinske sestre, predvsem pa na vključevanju pacienta v celoten proces zdravstvene nege (Roberts, et al., 2015).

## Namen in cilji

Namen raziskave je opisati, analizirati in evalvirati teorijo medosebnih odnosov avtorice H. E. Peplau. Cilj je ugotoviti uporabnost izbrane teorije ter možnosti prenosa teorije na področje pediatrične zdravstvene nege v Sloveniji.

V raziskavi smo postavili naslednje raziskovalno vprašanje: Kakšna je možnost uporabe in prenosa teorije medosebnih odnosov na področje pediatrične zdravstvene nege v Sloveniji?

## Metode

V raziskavi sta bila narejena pregled in analiza znanstvene literature s področja teorije medosebnih odnosov avtorice H. E. Peplau.

## Metode pregleda

Iskanje relevantne literature je potekalo v naslednjih podatkovnih bazah: Web of Science, ProQuest, Medline, PubMed, ScienceDirect in CINAHL. Dodatno smo pregledali tudi Google Scholar. Iskanje literature je potekalo s pomočjo ključnih besed v angleškem jeziku. Končni iskalni niz se je glasil: (»Theory of interpersonal relations«) AND (IN) (»Hildegard Elizabeth Peplau« OR (ALI) »Peplau H E«) (Tabela 1).

Vključitveni in izključitveni kriteriji, ki smo jih uporabili pri iskanju literature, so opredeljeni glede na temo, vrsto raziskave, jezik, dostopnost in čas objave (Tabela 2).

**Tabela 1:** Izvedba iskanja literature v mednarodnih podatkovnih bazah  
**Table 1:** The performance of literature search in international databases

Št. / No.	Ključne besede / Key words	Web of Science	ProQuest	Medline	PubMed	ScienceDirect	CINAHL	Google Scholar
1	»Theory of interpersonal relations«	0	124	6	0	1	7	750
2	»Hildegard Elizabeth Peplau« OR »Peplau H E«	0	119	9	0	1	11	1.090
3	1 AND 2	0	55	17	0	0	41	208

**Tabela 2:** Vključitveni in izključitveni kriteriji**Table 2:** Inclusion and exclusion criteria

Kriteriji / Criteria	Vključitveni / Inclusion	Izključitveni / Exclusion
Tema	Opis, analiza in evalvacija teorije medosebnih odnosov	Opis, analiza in evalvacija drugih teorij
Vrste raziskav	Kvantitativne raziskave, kvalitativne raziskave, raziskave mešanih metod, knjige, poglavja iz knjig	Uvodniki, komentarji
Jezik	Angleški jezik	Ostali jeziki
Dostop	Polno dostopna literatura	Literatura, ki ni polno dostopna
Časovni okvir	Januar 2007–november 2017	Literatura, objavljena pred januarjem 2007

## Rezultati pregleda

Potek iskanja in analize literature je izveden s pomočjo protokola PRISMA (ang. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Moher, et al., 2009).

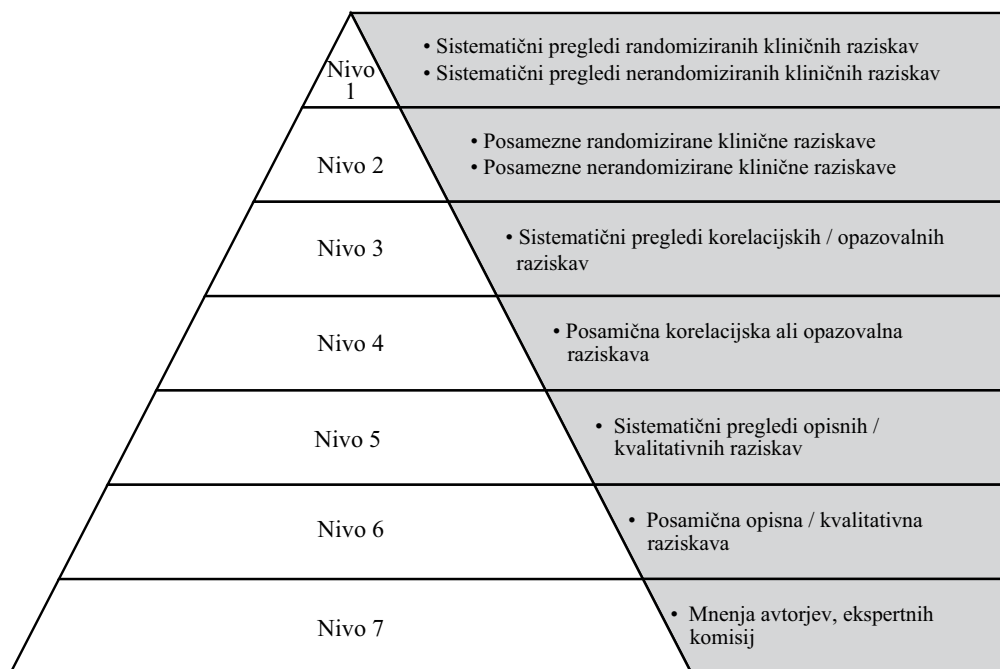
V prvem koraku iskanja relevantne literature smo identificirali 321 zadetkov. V naslednjem koraku smo izločili dvojnike ter preostale zadetke pregledali po naslovu in povzetku. Preostalih 126 zadetkov smo podrobno pregledali ter jih v končno analizo vključili 21 (Slika 2).

## Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Zaupanje v ugotovitve in kakovost raziskav smo ocenili s pomočjo priporočil GRADE (ang. Grading of Recommendations, Assessment, Development and

Evaluation)(The GRADE Working Group, 2019). Najprej smo preverili omejitve raziskav (zasnova študije, randomizacija, vzorec, spremljanje raziskave), nato skladnost rezultatov (variabilnost), neposrednost, natančnost in pristranskost publikacije. Raziskave smo ovrednotili glede na štiri stopnje, in sicer kot visoko kakovostne (++++), zmerno kakovostne (+++), nizko kakovostne (++) in zelo nizko kakovostne (+). Visoka kakovost raziskave pomeni, da imajo avtorji veliko zaupanja, da je pravi učinek podoben ocenjenemu učinku. Nizka kakovost raziskav pomeni, da se resnični učinek verjetno bistveno razlikuje od ocenjenega učinka (The GRADE Working Group, 2019).

Uporabljen je bil model za opis, analizo in evalvacijo Majde Pajnkihar (Pajnkihar, 2013), ki temelji na analizi literature ter raziskovanju kriterijev in modelov za analizo in evalvacijo med študenti zdravstvene nege v

**Slika 1:** Hierarhija dokazov (Polit & Beck, 2012; Pajnkihar & Vrbnjak, 2018)**Figure 1:** The hierarchy of the evidence (Polit & Beck, 2012; Pajnkihar & Vrbnjak, 2018)

Sloveniji in na Hrvaškem (Pajnikihar, 2012; Pajnikihar, et al., 2012a; Pajnikihar, et al., 2012b; Pajnikihar, 2014). Adaptiran model za opis, analizo in evalvacijo M. Pajnikihar je predstavljen v delu McKenna in sodelavcev (2014, 2018). V njem so predlagani štirje koraki. Poleg priprave (navedba razlogov za analizo teorije, evalvatorja ter pomena za prakso in disciplino zdravstvene nege) še: 1. korak – opis teorije; 2. korak – analiza teorije (obseg, kontekst in vsebina); 3. korak – evalvacija teorije in 4. korak – navedba pomanjkljivosti. Ta model smo izbrali na podlagi znanja in uporabnosti modela v slovenskem okolju.

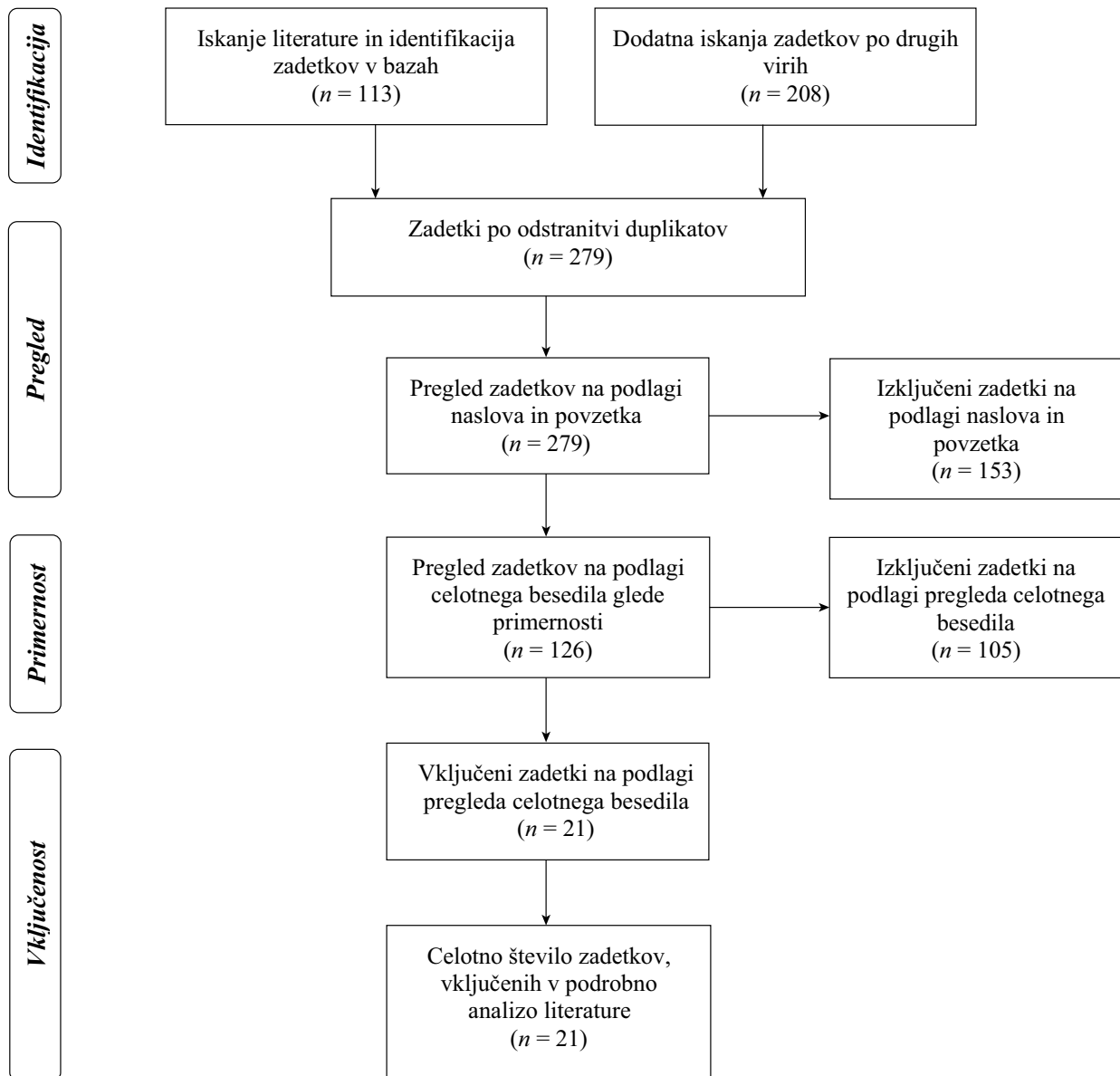
Identificirane zadetke smo razvrstili glede na

hierarhijo dokazov avtoric Polit in Beck (2012) ter Pajnikihar in Vrbnjak (2018) (Slika 1).

## Rezultati

Potek iskanja in analize literature je prikazan na Sliki 2.

V Tabeli 3 so prikazane karakteristike (vir, vrsta raziskave, namen raziskave in glavne ugotovitve) vključenih raziskav. Prav tako je posamezna raziskava uvrščena v nivo hierarhije dokazov ter ocenjena po sistemu GRADE.



Slika 2: PRISMA diagram

Figure 2: PRISMA diagram

**Tabela 3:** Karakteristike vključenih raziskav**Table 3:** Characteristics of included studies

<i>Vir / Source</i>	<i>Tipologija / Typology</i>	<i>Namen raziskave / Study aim</i>	<i>Glavne ugotovitve / Main findings</i>	<i>Hierarhija dokazov / Hierarchy of the evidence</i>	<i>Ocena GRADE / GRADE mark</i>
Beatty & Myers, 2017	Strokovno poročilo	Pregled znanstvenoraziskovalnega dela avtorice H. E. Peplau.	Avtorica H. E. Peplau je v veliki meri objavljala strokovne in znanstvene prispevke s področja psihiatrične zdravstvene nege.	7	+
Fernandes & Miranda, 2016	Pregled literature	Analizirati teorijo medosebnih odnosov H. E. Peplau s poudarkom na psihiatrični zdravstveni negi.	Teorija medosebnih odnosov podpira terapevtski in rehabilitacijski odnos medicinskih sester in pacientov.	7	+
D'Antonio, et al., 2014	Strokovni članek	Opisati delo H. E. Peplau in pomen teorije medosebnih odnosov v praksi zdravstvene nege.	Teorija medosebnih odnosov je sprejeta s strani medicinskih sester in študentov zdravstvene nege.	7	+
Winship, et al., 2009	Zgodovinski pregled	Pregledati objavljeno in neobjavljeno bibliografijo avtoric H. E. Peplau, A. Altschul in E. Skellern.	Avtorice so prispevale k razvoju psihiatrične zdravstvene nege. H. E. Peplau in A. Altschul sta prispevali inovativne metode skupnostne terapije. E. Skellern velik pomen daje terapevtski skupnosti.	7	+
Jarrin, 2010	Kvalitativna raziskava	Ugotoviti, kako lahko zdravstveno nego definiramo za prihodnost, ter ugotoviti bistvo zdravstvene nege.	Za učinkovito zdravstveno nego, ki bistveno prispeva k hitri ozdravitvi in kakovostni zdravstveni negi pacienta, je pomembno, da je koncept zdravstvene nege jasno definiran. Predvsem pa je pomembno, da prakso zdravstvene nege vodi jasna in razumljiva teorija.	6	+
Nystrom, 2007	Strokovni članek	Primerjati obstoječe teorije zdravstvene nege z namenom pridobitve jasnega teoretičnega okvira.	Za dobro razumevanje pacientov, njihovih želja in potreb je bistvenega pomena, da prakso zdravstvene nege vodi teorija, ki temelji na psihodinamiki odnosov. Primer uporabne teorije je teorija medosebnih odnosov avtorice H. E. Peplau.	7	+
Sellers, 1991	Pregled literature	Preučiti filozofsko usmerjenost konceptualnih modelov zdravstvene nege ter ugotoviti, kakšne posledice bi lahko imele spremembe v praksi zdravstvene nege za izobraževanje.	Filozofija znanosti, ki podpira sodobno zdravstveno nego, temelječo na holizmu in humanizmu, predstavlja napredek za stroko zdravstvene nege.	7	+
Gastmans, 1998	Strokovni članek	Predstaviti filozofsko-etično analizo dela H. E. Peplau.	H. E. Peplau je ena izmed prvih teoretičark s področja zdravstvene nege, ki predstavi filozofsko in konceptualno dobro podkovoano teorijo. Pri tem združuje prakso zdravstvene nege, teorijo in raziskovanje.	7	++
Peterson, 2013	Pregled literature	Opisati teorijo medosebnih odnosov avtorice H. E. Peplau.	H. E. Peplau je prva teoretičarka s področja zdravstvene nege, ki je pozornost usmerila k medsebojnemu odnosu medicinske sestre in pacienta. V veliki meri je prispevala k napredku psihiatrične zdravstvene nege. Teorija medosebnih odnosov je kompleksna, zato je izvedenih le malo raziskav, ki testirajo uporabnost teorije v praksi.	7	++

<i>Vir / Source</i>	<i>Tipologija / Typology</i>	<i>Namen raziskave / Study aim</i>	<i>Glavne ugotovitve / Main findings</i>	<i>Hierarhija dokazov / Hierarchy of the evidence</i>	<i>Ocena GRADE / GRADE mark</i>
Hagerty, et al., 2017	Posamezna raziskava	Testirati teorijo medosebnih odnosov avtorice H. E. Peplau na podatkih o izkušnjah pacientov.	Raziskava je pokazala, da je prispevek medicinskih sester k izkušnjam bolnikov kompleksnejši, kot je mogoče ustrezno izmeriti z raziskavo, in pomembnejši, kot menijo številni raziskovalci.	4	+
Masters, 2015	Strokovni članek	Opisati teorijo medosebnih odnosov avtorice H. E. Peplau.	Teorija medosebnih odnosov je uporabna na področju zdravstvene nege; koncept je jasen medicinskim sestram v praksi zdravstvene nege.	7	++
McCarthy & Aquino–Russell, 2009	Strokovni članek	Pregledati literaturo, ki se nanaša na teorije zdravstvene nege, ter jih primerjati med seboj.	Teorija predstavlja vodilo za medicinske sestre v praksi ter razjasnitev vrednot, prepričan in stališč medicinskih sester in pacientov.	7	+
Franzoi, et al., 2016	Strokovni članek	Evalvirati uporabnost teorije medosebnih odnosov po modelu avtorice J. Fawcett.	Teorija medosebnih odnosov je jasna in dosledna ter vključuje operacionalizirane koncepte, ki so jasno opredeljeni. Teorija prispeva k delu medicinskih sester, ker spodbuja interakcijo med medicinsko sestro in pacientom z namenom uresničitve skupnega cilja, hitrejšega okrevanja, humanizacije in kakovosti življenja.	7	++
Forchuk, 1991	Strokovni članek	Opisati glavne koncepte, predpostavke, propozicije ter uporabnost teorije v praksi zdravstvene nege.	Teorija medosebnih odnosov je kompleksna teorija, ki vsebuje veliko število medsebojno povezanih in dopolnjujočih se konceptov.	7	+
Shives, 2012	Strokovno poročilo	Opisati uporabnost teorije medosebnih odnosov.	Teorija medosebnih odnosov je uporabna na področju dolgoročne zdravstvene nege, zdravljenja na domu in na področju psihiatrične zdravstvene nege. Za uporabo na drugih področjih jo je treba testirati.	7	+
Warning, 2009	Posamezna raziskava	Testirati uporabnost teorije kot teoretični okvir raziskave o anksioznosti študentov pri prvem srečanju s pacientom na oddelku za akutna stanja.	Teorija je ustrezna za uporabo kot teoretični okvir oziroma vodilo za raziskavo na področju psihiatrične zdravstvene nege.	4	+
Higgins, 2015	Posamezna raziskava	Ugotoviti, kako svetovalci in študenti skozi medsebojni odnos zaznavajo medsebojno povezanost. Testirati uporabnost teorije kot teoretični okvir raziskave o medosebnem odnosu med svetovalcem in študentom.	Teorija je omogočila raziskovanje medosebnega odnosa med svetovalci in študenti. Udeleženci poročajo, da je medsebojna povezanost odvisna od razvoja medsebojnega odnosa skozi čas.	4	++
Erci, et al., 2008	Randomizirana klinična raziskava	Ugotoviti, kako medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom vpliva na predoperativno in postoperativno anksioznost pacientov.	Stopnja anksioznosti pacientov je manjša pri pacientih, pri katerih je uporabljena intervencija, ki temelji na osnovah teorije medosebnih odnosov. Prav tako je teorija uporabna pri pediatričnih pacientih.	2	++++
Berntsson & Hildingh, 2013	Kvalitativna raziskava	Ugotoviti uporabnost teorije pri odnosu med medicinsko sestro in pacientom na področju urgentne zdravstvene nege.	Odnos med medicinsko sestro in pacientom poteka in se gradi skozi več faz. Rezultati kažejo, da se posamezne faze lahko razlikujejo glede na pacientovo stanje in okoliščine. Novopridobljeno znanje bi lahko uporabili tudi na področju izobraževanja.	6	++

<i>Vir / Source</i>	<i>Tipologija / Typology</i>	<i>Namen raziskave / Study aim</i>	<i>Glavne ugotovitve / Main findings</i>	<i>Hierarhija dokazov / Hierarchy of the evidence</i>	<i>Ocena GRADE / GRADE mark</i>
Gasior, 2015	Posamezna raziskava	Testirati model, ki temelji na teoriji medosebnih odnosov H. E. Peplau, in preučiti vpliv mreže ponudnikov storitev na dojetje socialne podpore pri mladostnikih.	Rezultati kažejo, da močna socialna podpora in družinski odnosi prispevajo k boljši percepciji okrevanja pri mladostnikih.	4	+
Courey, et al., 2008	Kvalitativna raziskava	Uporabiti konceptualni model H. E. Peplau pri interakciji med medicinsko sestro in pacientom, ki je žrtev spolnega nasilja.	Teorija medosebnih odnosov predstavlja ustrezno teoretično osnovo pri odnosu med medicinsko sestro in pacientom v primerih, ko so slednji žrtve spolnega nasilja. Vloge medicinske sestre se izmenjujejo glede na potrebe pacientov.	6	+

*Legenda / Legend: + + + + - visoka / high; + + + - srednja / moderate; + + - nizka / low; + - zelo nizka / very low*

### *Opis in analiza teorije*

Opis teorije se nanaša na pregled teoretikovega dela in pregled analiz teorije drugih teoretikov glede njenih strukturalnih in funkcionalnih komponent. Analiza teorije pa je proces prepoznavanja njene vsebine in konteksta (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018).

### *Opis avtorice*

H. E. Peplau je bila rojena leta 1909 v Pensilvaniji in je umrla leta 1999 v Kaliforniji, stara 89 let (Beatty & Myers, 2017); je ena izmed prvih ameriških teoretičark, ki je bila tako na narodni kot mednarodni ravni kmalu prepoznana kot medicinska sestra, izobraževalka, svetovalka in vodja (Pajnkihar, 2003).

Leta 1931 je diplomirala s področja zdravstvene nege na Pottstown Hospital Training School. Nato se je leta 1938 zaposlila kot medicinska sestra in vzporedno opravljala dodiplomski študij na Bennington College v Vermontu. Leta 1942 je opravljala pripravništvo v bolnišnici Maryland's Chestnut Lodge (Fernandes & Miranda, 2016). Leta 1952 je objavila delo z naslovom *Medosebni odnosi v zdravstveni negi* (Peplau, 1952; Pajnkihar, 2003; D'Antonio, et al., 2014; Fernandes & Miranda, 2016). H. E. Peplau je med letoma 1943 in 1944 delala v vojni bolnišnici v Staffordu v Angliji, kjer je pridobila veliko izkušenj na področju izvajanja socialne in skupinske terapevtske aktivnosti. Prav tako se je udeležila mnogih seminarjev s področja psihoanalize, ki sta jo izvajala John Bowlby in William Menninger (Winship, et al., 2009).

H. E. Peplau je prepoznavna tako na narodni kot mednarodni ravni. Znana je kot mati psihiatrične zdravstvene nege. Večji del svojega življenja je delala v psihiatričnem kliničnem in izobraževalnem okolju ter raziskovala in opisovala fenomene tega področja. Leta

1996 ji je Ameriška akademija za zdravstveno nego podelila naziv »živa legenda« (Winship, et al., 2009). Veliko je prispevala k profesionalizaciji zdravstvene nege, ker je spremenila pogled na vlogo pacienta v zdravstveni oskrbi. Pacientovo vlogo je od prejemnika zdravstvene nege preusmerila k partnerju v celotnem procesu zdravstvene nege in oskrbe (Jarrin, 2010).

### *Izvor in razvoj teorije*

McKenna (1997) poudarja potrebo po tem, da upoštevamo socialno-kulturne faktorje, politične faktorje in filozofijo, ki so vplivali na teoretika. Na delo H. E. Peplau sta pomembno vplivala raziskovalca Harry Stack Sullivan ter Frieda Fromm - Reichmann. Obiskovala je tudi predavanja Johna Bowlbyja in Williama Menningerja, ki sta vplivala na njeno psihoanalitično nagibanje (Nystrom, 2007; Winship, et al., 2009). Na nastanek teorije je vplivala razvojna paradigma. Teorija medosebnih odnosov v zdravstveni negi je bila objavljena leta 1952, leto pred objavo Sullivanove teorije o medosebnosti psihiatriji. Na podlagi Sullivanove teorije samo-sistema je razlagala, da je v zgodnjem otroštvu »jaz« primarni koncept »dobrega sebe« in da odnosi v zgodnjemu otroštvu v veliki meri vplivajo na odnose v odrasli dobi (Winship, et al., 2009).

### *Filozofija znanosti teorije*

Filozofija znanosti vpliva na prepričanja teoretikov o tem, kaj je pomembno za medicinsko sestro in pacienta (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018). Avtorji različno interpretirajo, katera filozofija znanosti je vplivala na H. E. Peplau. Sellers (1991) izpostavlja vpliv totalitarne paradigme s poudarkom na pridobljenem pogledu na znanje in logičnem pozitivizmu. Na drugi strani Gastmans (1998) in Nystrom (2007) menita, da



je na avtorico vplivala fenomenologija, katere osnova je zavračanje možnosti izdelave vzročnih razlag človeškega vedenja, objektivne razlage in klasifikacije sveta. Čeprav avtorica poudarja, da so glavni namen zdravstvene nege pacientove potrebe, menimo, da je nanjo vplival sočasni logični pozitivizem.

### *Obseg teorije*

Obseg teorije določa, ali je teorija deskriptivna, eksplanatorna ali preskriptivna (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018). Peterson (2013) uvršča teorijo medosebnih odnosov H. E. Peplau med deskriptivne teorije. Menimo, da je teorija eksplanatorna, saj jasno opiše fenomen in koncepte ter poda povezave med njimi. Teorija opiše, razloži in napoveduje fenomen medsebojnih odnosov.

### *Stopnja abstraktnosti teorije*

Teorijo medosebnih odnosov veliko avtorjev uvršča v teorijo srednjega obsega (Peterson, 2013; Fernandes & Miranda, 2016; Hagerty, et al., 2017; Pajnikihar & Vrbnjak, 2018), medtem ko jo H. E. Peplau opredeli samo kot teorijo (Pajnikihar, 2003). S slednjim se strinjamo, saj so jasno in konkretno podani fenomen, koncepti, propozicije in predpostavke. Prav tako so podane operacionalne definicije; obstaja tudi možnost empiričnega testiranja propozicij.

### *Koncepti metaparadigme*

Metaparadigma je najbolj abstraktna komponenta, ki opisuje fenomene in običajno vključuje štiri koncepte: osebo, zdravje, zdravstveno nego in okolje (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018). H. E. Peplau je jasno opisala koncepte metaparadigme (Masters, 2015), kamor sodijo (Peplau, 1952; Peplau, 1988; Pajnikihar, 2003, Pajnikihar & Vrbnjak, 2018):

- oseba – organizem, ki živi v nestabilnem ravnovesju. Vsak posameznik ima fizične, psihološke in socialne potrebe. V nestabilnem okolju se posamezniki nenehno srečujejo z novimi razmerami in problemi;
- zdravje – simbol za besedo, ki vključuje gibanje osebnosti naprej in druge človeške procese v smeri ustvarjalnega, konstruktivnega, produktivnega, osebnega in skupnostnega življenja;
- zdravstvena nega – pomemben terapevtski medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom. Deluje skupaj z drugimi človeški procesi, ki omogočajo zdravje posameznikov v skupnosti ter rast in razvoj medicinske sestre in pacienta;
- okolje – vključuje fiziološko, psihološko in socialno pretočnost. Gre za skupek sil zunaj organizma v sklopu kulturnega konteksta. Okolje je lahko nestabilno, fiziološko, psihološko in socio-kulturno prepletanje.

Koncepti metaparadigme v teoriji medosebnih

odnosov so medsebojno povezani in se dopolnjujejo, prav tako so povezani z bazičnimi koncepti.

### *Fenomen*

McKenna in sodelavci (2014) opisujejo fenomene kot stvari, ki jih zaznamo s čutili. Fenomen, ki ga razlaga teorija medosebnih odnosov, je medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom (Peplau, 1952; Peplau, 1988; McCarthy & Aquino–Russell, 2009). Z njim se medicinske sestre v procesu zdravstvene nege nenehno soočajo, zato jim je dobro znan in ga zlahka razumejo (Peterson, 2013).

### *Koncepti*

Koncepti so poimenovani fenomeni (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018). Glavni koncept teorije je medosebni odnos, ki ga je H. E. Peplau definirala kot odnos, zvezo in povezavo med dvema ali več osebami v interakciji (Peplau, 1952). Poleg tega opisuje psihodinamično zdravstveno nego, ki predstavlja zmožnost razumevanja posameznikovega vedenja, da bi tako identificirali težave, s katerimi se sooča (Pajnikihar, 2003).

Definira tudi naslednje koncepte (Peplau, 1991):

- anksioznost kot takojšnji odziv na psihično grožnjo, ki se lahko kaže kot blaga, zmerna, huda ali panična anksioznost;
- komunikacijo kot medosebni proces, ki vključuje besedno in nebesedno komunikacijo. Prva vključuje uporabo besed, pojmov in simbolov za izražanje misli ali občutij, druga pa odnos med najmanj dvema osebama, pri čemer ni odvisna od jezika, vključuje pa empatijo;
- integracijo vzorcev, ki se zgodi, kadar so vzorci ene osebe uporabljeni za interakcijo z vzorci druge osebe;
- razmišljanje kot proces, znotraj katerega so izkušnje lahko shranjene, organizirane in priklicane. Glede na način razmišljanja razlikujemo konceptualizacijo dogodkov. Misli so povezane z jezikom – komunikacijo;
- predsodke, oblikovane na prejšnjih izkušnjah posameznikov, ki se ustvarijo, preden medicinska sestra in pacient stopita v medosebni odnos;
- razumevanje samega sebe, kar je pogoj, da pacient in medicinska sestra lahko ustvarita dober medosebni odnos;
- učenje kot aktiven proces, ki vključuje razmišljanje in zaznane zmožnosti.

H. E. Peplau opisuje strukturalne koncepte medosebnega odnosa, ki je sestavljen iz štirih medsebojno povezanih faz, znotraj katerih se izmenjujejo in dopolnjujejo različne vloge medicinske sestre (Peplau, 1952; Pajnikihar, 2003; Masters, 2015; Franzoi, et al., 2016; Pajnikihar & Vrbnjak, 2018):

- Faza orientacije – posamezniki se odzivajo

drugače v primeru bolezni in v razmerah, v katerih potrebujejo pomoč. Medicinska sestra in pacient v tej fazi definirata zaznane potrebe ter zastavita cilje. Skozi celoten proces načrtovanja zdravstvene nege medicinska sestra sodeluje s pacientom in njegovo družino ter upošteva njihove želje in potrebe. V tej fazi poudarek ni na bolezni, ampak na vzpostavitvi medsebojnega zaupanja in dinamični učni izkušnji. Faza se konča, ko pacient spozna svoje probleme in je pripravljen na sodelovanje.

- Faza identifikacije – pacient spoznava osebe, ki mu bodo pomagale in se vključile v njegovo zdravstveno obravnavo, pri čemer izraža čustva in se sooča z lastnim problemom. Medicinska sestra in pacient naredita načrt izrabe resursov in negovalnih intervencij, ki jih bo pacient lahko optimalno izkoristil. Pacient je v proces zdravstvene nege vključen ter je lahko samostojen ali delno ali popolnoma odvisen od medicinske sestre. Kadar medicinska sestra dovoli pacientu, da izkaže svoja čustva in pridobi potrebno nego, se pacient lahko sooči z boleznijo tako, da ta predstavlja izkušnjo, ki čustva preusmeri v krepitev osebnosti.
- Faza interakcije, ki se zgodi, ko se pacient identificira z medicinsko sestro, ki je sposobna prepoznati in razumeti medosebne odnose v razmerah, preden se dejansko zgodijo. Vsi sistemi se vključujejo v razrešitev problema, pacient pa prejema znanje in veščine vključenih v zdravstveno obravnavo. Medicinske sestre uporabljajo komunikacijske veščine, kot so razjasnitev, poslušanje, sprejemanje, poučevanje in razlaga, da bi s pacientom zgradile dober odnos.
- Faza resolucije (razrešitve), do katere pride, kadar se vzpostavi medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom, pri čemer postaneta oba neodvisna, močna in zrela ter je zdravstveni problem odpravljen. Oblikovani so novi cilji in novi koraki k nadaljnjemu razvoju in osebnostni rasti.

Faze medosebnega odnosa so medsebojno povezane in so v skladu s fazami procesa zdravstvene nege.

H. E. Peplau (1952, 1988) opredeli naslednje vloge oziroma mehanizme, ki jih medicinska sestra uporablja v medosebnem odnosu (Pajnikihar, 2003, Pajnikihar & Vrbnjak, 2018):

- tujec je oseba, ki nima nič skupnega z drugo osebo. Pojavlja se v prvi fazi, ko se medicinska sestra in pacient ne poznata. Vljudnost in emocionalna podpora pomagata k nadaljnjemu razvoju odnosov;
- vir – oseba kot vir informacij in znanj, ki jih jasno in nedvoumno podaja pacientu;
- učiteljica – prenos strokovnega znanja pacientu. Učenje je najpomembnejši vidik zdravstvene nege, saj z njim medicinska sestra pacienta vodi k rasti in razvoju osebnosti. Vloga učiteljice združuje tudi ostale vloge ter temelji na pacientovih željah in potrebah;
- vodja – naloga medicinske sestre je spodbujanje

vključitve in aktivnega sodelovanja pacienta v procesu zdravstvene nege;

- nadomestilo – medicinska sestra prevzame vlogo druge osebe, ki je pacientu pomembna;
- svetovalka na področju prepoznave, sprejemanja, soočanja in reševanja problema. Njena vloga je odvisna od stopnje odnosa med medicinsko sestro in pacientom;
- ekspert, ki zagotavlja ustrezno zdravstveno nego s svojimi kliničnimi spretnostmi in znanji.

Vloge medicinske sestre se skozi medosebni odnos s pacientom izmenjujejo glede na pacientove probleme in potrebe. Prav tako določajo psihološke potrebe in povzročajo psihološke naloge, ki jih morajo medicinske sestre opravljati v negovalnih situacijah. Avtorica trdi, da je vsak bolnik drugačen in ima različne potrebe in zahteve. Poleg tega mora biti medicinska sestra zrela, da se lahko spopade s težavnimi situacijami (Peplau, 1952; Pajnikihar, 2003).

### *Predpostavke*

Predpostavke so trditve, ki jih pojmuje kot resnične, čeprav niso bile dokazane ali testirane (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018). H. E. Peplau je jasno podala dve eksplicitni in eno implicitno predpostavko. Eksplicitni predpostavki se glasita (Peplau, 1991):

- Medicinska sestra s svojo izobrazbo in profesionalno držo vpliva na pacientovo zmožnost učenja v procesu zdravstvene nege.
- Ena izmed funkcij zdravstvene nege in zdravstvene izobrazbe je stimulacija razvoja osebnosti in odraslosti.

Implicitna predpostavka se glasi (Peplau, 1991):

- Profesija zdravstvene nege je odgovorna za zdravstveno nego in za posledice pri pacientu.

Da bi teorijo dodatno pojasnila, jo je Forchuk (1991) dopolnila s sedmimi dodatnimi predpostavkami:

- Psihodinamična zdravstvena nega prestopa vsa strokovna področja zdravstvene nege. Ne gre za sopomenko zdravstvene nege psihiatričnega pacienta, saj vsak odnos medicinske sestre in pacienta predstavlja medosebni dogodek, v katerem vsakodnevno nastajajo ponavljajoči se problemi.
- Težave v medosebnem odnosu se vračajo z različno intenzivnostjo skozi vse življenje vsakega posameznika.
- Potreba po vlaganju energije, ki je posledica napetosti in anksioznosti, v pozitivne namene za produktivno definiranje, razumevanje in soočanje s problemom je univerzalna.
- Vsak vedenjski vzorec je namensko usmerjen k zadovoljevanju ciljev s področja čustev in varnosti.
- Interakcija med medicinsko sestro in pacientom je učinkovita, kadar je metoda komunikacije, ki identificira in uporablja pogoste značilnosti, primerna za posamezno situacijo.

- Pomen vedenja do pacienta je edina bistvena podlaga, na kateri medicinske sestre lahko določajo potrebe, ki jih je treba zadovoljiti.
- V vsaki krizi se bo vsak posameznik vedel na način, kot je deloval že v prejšnjih podobnih kriznih situacijah.

### Propozicije

Propozicije so povezave med dvema ali več koncepti (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018). H. E. Peplau (1952, 1988) je v teoriji opisala naslednje teoretične povezave: odnos med medicinsko sestro in pacientom; pacienta in njegovo zavedanje čustev ter medicinsko sestro in njeno zavedanje čustev (Franzoi, et al., 2016).

### Evalvacija teorije

Evalvacija teorije se osredotoča na vplive in efekte, na procese v teoriji in izide v praksi. Vključuje diskusijo o jasnosti, enostavnosti in kompleksnosti, pomembnosti in pomenu, ustreznosti, testiranju in uporabnosti (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018).

### Jasnost teorije

Jasnost pomeni, da je izbrana teorija izražena preprosto in je konsistentna; da je v diagramu predstavljena še bolj jasno, kar vodi v boljše razumevanje njene uporabe v praksi (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018). Franzoi in sodelavci (2016) razlagajo, da je teorija jasna, saj so koncepti dobro definirani in konsistentni. Prav tako so propozicije med koncepti dobro razvite in logično predstavljene. S tem je zagotovljena interna konsistentnost teorije. Teorija medosebnih odnosov je predstavljena v jeziku in slogu, ki je medicinskim sestram in drugim zdravstvenim delavcem lahko razumljiv. Teorija je prikazana shematsko v obliki diagrama (Slika 3).

Iz Slike 3 je razviden odnos med koncepti. Medicinska sestra je v stalni interakciji s pacienti, ki so lahko dojenčki, otroci ali mladostniki, ter njihovo družino. Skozi faze medosebnega odnosa se spreminjajo vloge medicinske sestre, ki s svojimi

znanji, veščinami in izkušnjami prispeva h kakovostni zdravstveni negi otroka, mladostnika in družine.

### Enostavnost in kompleksnost teorije

Enostavnost zahteva, da je teorija napisana v kratkih trdilnih povedih, fenomeni pa opisani kratko, skladno in razumljivo. Koncepti, ki opisujejo določen fenomen v teoriji, morajo biti kompleksni, hkrati pa morajo preprosto pojasniti fenomene (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018). V teoriji medosebnih odnosov so predstavljeni temeljni koncepti, ki zadovoljivo razložijo teorijo. Koncepti, ki se nanašajo na faze medosebnega odnosa medicinske sestre in pacienta, so v veliki meri zadostni za razumevanje teorije (Franzoi, et al., 2016). Forchuk (1991) meni, da je teorija kompleksna glede na število konceptov, ki jih opisuje, in glede na njihovo povezavo.

H. E. Peplau (1952) je teorijo izpeljala iz opazovanja in prakse, zlasti na podlagi svoje dolgoletne kariere v psihiatrični negi. Podobno kot Henderson je s teorijo vplivala na medosebne, razvojne in človeške potrebe. Obe teoriji sta opisani enostavno, tako da koristita študentom in izvajalcem zdravstvene nege. Opis teorije, njen cilj, predpostavke, faze medosebnega odnosa in vloge medicinske sestre so jasni (Pajnikihar, 2003). Teorija je enostavna, saj je njena uporabnost izražena z majhnim številom konceptov in propozicij, hkrati pa je tudi kompleksna. Fenomen je opisan kratko, skladno in razumljivo, koncepti so logično povezani, propozicije pa jasno razlagajo povezavo med njimi.

### Pomen in pomembnost teorije

Pomembnost teorije v zdravstveni negi je tesno povezana z njeno klinično pomembnostjo oziroma praktično vrednostjo (Chinn & Kramer, 2004). Pomen se nanaša na pomembnost teorije za disciplino zdravstvene nege (Fawcett, 2012). Koncepti metaparadigme, predpostavke in propozicije so eksplicitni, zato avtorji Franzoi in sodelavci (2016) menijo, da je teorija pomembna za prakso in razvoj discipline zdravstvene nege.

H. E. Peplau je prva poudarila pomembnost medosebnih odnosov med medicinsko sestro in

Medicinska sestra	Tujec	Nadomestilo	Svetovalka Vir Nadomestilo	Odrasla oseba
Pacient	Tujec	Dojenček	Otrok	Mladostnik Odrasla oseba
Faze v medosebnem odnosu	Faza orientacije	Faza identifikacije Faza interakcije		Faza resolucije

**Slika 3:** Faze in spreminjajoče se vloge v medosebnih odnosih medicinske sestre in pacienta (Peplau, 1991)  
**Figure 3:** Phases and changing roles in nurse–patient relationships (Peplau, 1991)

pacientom v zdravstveni negi. Pozneje so se v ta koncept poglobili tudi drugi avtorji. Teorija je pomembna, ker je poudarek s pacientove diagnoze usmerjen na pacienta, njegove želje in potrebe (Pajnkihar, 2003; Pajnkihar & Vrbnjak, 2018).

### *Ustreznost teorije*

McKenna in sodelavci (2014) opozarjajo, da mora biti teorija uporabna v praksi, kar pomeni, da je kompleksna za prakso zdravstvene nege in za vodilo raziskav, ki temeljijo na zanesljivih dokazih in empirični primernosti. Teorija medosebnih odnosov temelji na resničnosti, saj so opisani koncepti znani in uporabni v praksi zdravstvene nege. Interakcija med teorijo in empiričnimi podatki dopušča ostalim raziskovalcem, da teorijo validirajo in preverjajo. Čeprav je bila teorija medosebnih odnosov večinoma uporabljena na področju zdravstvene nege psihiatričnega bolnika, se lahko uporabi tudi na drugih področjih, kjer je možno vzpostaviti komunikacijo in medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom (Franzoi, et al., 2016). Pajnkihar (2003) poudarja, da je teorija uporabna tudi na področju promocije zdravja, pri posameznikih in skupnosti. Shives (2012) navaja, da je teorija ustrezna za področje dolgoročne zdravstvene nege, zdravljenja na domu in področja psihiatrične zdravstvene nege. Za uporabo na drugih področjih jo je treba testirati.

### *Možnost testiranja*

Testiranje lahko obravnavamo kot konec začetka nikoli končanega kroga razvoja uporabe, ponovnega definiranja in izboljšave teorije (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018). Franzoi in sodelavci (2016) opozarjajo, da obstaja omejitev v testiranju in da je treba izvesti več raziskav.

Teorija ni bila testirana na vseh področjih zdravstvene nege, vendar je predstavljala teoretični okvir za izvedbo različnih raziskav. Uporabili so jo kot teoretični okvir doktorske disertacije pri testiranju stopnje anksioznosti študentov pri prvem srečanju s pacientom na oddelku za akutna stanja (Warning, 2009) in kot teoretično osnovo pri testiranju odnosa med svetovalcem in študentom. Pri tem ugotavljajo, da je medsebojna povezanost odvisna od medsebojnega odnosa, grajenega skozi čas (Higgins, 2015). Erci in sodelavci (2008) so v raziskavi preverjali, kako medosebni odnosi med medicinsko sestro in pacientom vplivajo na predoperativno in postoperativno anksioznost pacientov. Sklenili so, da je stopnja anksioznosti zmanjšana pri uporabi intervencij, ki temelji na osnovi teorije medosebnih odnosov. Prav tako ugotavljajo, da je teorija H. E. Peplau primerna pri oblikovanju intervencij za zmanjšanje anksioznosti pri otrocih, saj opiše koncept anksioznosti. Berntsson in Hildingh (2013) sta v raziskavi ugotavljala uporabnost teorije pri odnosu

med medicinsko sestro in pacientom na področju urgentne zdravstvene nege. Raziskava je potekala leta 2015 med mladimi brezdomci in je kot teoretični okvir uporabila teorijo medosebnih odnosov. Ugotovili so, da močnejša socialna podpora in boljši odnosi z družino lahko prispevajo k boljšemu zaznavanju okrevanja mladih brezdomcev (Gasior, 2015). Teorija medosebnih odnosov predstavlja ustrezno teoretično podporo tudi pri odnosu med medicinsko sestro in pacientom v primeru, ko so pacienti žrtve spolnega nasilja, kar zahteva veliko podpore, razumevanja in zaupanja (Courey, et al., 2008).

### *Sprejemljivost in uporabnost teorije*

Sprejemljivost teorije je največja, ko se bazični principi teorije ujemajo z vrednotami in prepričanji medicinskih sester, njihovimi željami in zmožnostmi (McKenna, et al., 2014; McKenna, et al., 2018). Teorija je uporabna v kliničnem okolju, in sicer na področju psihologije, zdravstvene nege, duševnega zdravja ter kliničnega izobraževanja in raziskovanja (Franzoi, et al., 2016). Teorija je sprejemljiva, saj je fenomen medosebnih odnosov znan medicinskim sestram v kliničnem okolju, koncepti medosebnega odnosa so jasno opisani ter medsebojno povezani. Prav tako je teorija medosebnih odnosov uporabna za prakso na pediatričnem področju, kjer je še posebej pomemben dober medosebni odnos med medicinsko sestro in otrokom ter medicinsko sestro in družino. Teorija je bila razvita v popolnoma drugem okolju, zato je bistveno, da ugotovimo, ali je sprejemljiva tudi v našem okolju. O sprejemljivosti teorije v drugih okoljih ni obstoječih dokazov.

## **Diskusija**

Teorija medosebnih odnosov H. E. Peplau (1952) v ospredje postavlja pacienta, njegove potrebe in želje ter medosebni odnos med medicinsko sestro in pacientom. Teorija je bila največkrat uporabljena na področju psihiatrične zdravstvene nege (Kim & Kim, 2007; Evans, et al., 2017; Pajnkihar & Vrbnjak, 2018), manj pa na drugih področjih, npr. v pediatrični zdravstveni negi (Austin, 2015). Teorija ni uporabna na področju zdravstvene nege pri obravnavi nezavestnih pacientov, saj v tem primeru ne obstaja možnost vzpostavitve medosebnega odnosa med pacientom in medicinsko sestro (Pajnkihar & Vrbnjak, 2018).

Teorija je jasna, lahko razumljiva in kompleksna, prav tako pa je predstavljena shematsko v obliki diagrama, ki omogoča lažje razumevanje. Fenomen, ki ga opisuje, je jasen in dobro znan medicinskim sestram v praksi. Koncepti medosebnega odnosa so podrobno opisani in medsebojno povezani, tako da je teorijo lahko razumeti. Austin (2015) je teorijo uporabila kot teoretični okvir doktorske disertacije. Teorija predstavlja osnovo za razvoj pediatrične radiološke

terapije, usmerjene k družini. Skozi medosebni odnos medicinske sestre razvijejo specifične intervencije, ki lahko zmanjšajo anksioznost staršev otrok, ki se zdravijo z obsevanjem zaradi rakavih bolezni. Teorija podpira prakso zdravstvene nege, usmerjeno k družini in ne eksplicitno k otroku ali mladostniku in družini. Teorija predlaga za prakso uporabne aktivnosti, s katerimi vzpostavlja učinkovit medosebni odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Sklepamo, da je teorija pomembna za prakso, profesijo in razvoj discipline zdravstvene nege.

Teorija je uporabna za prenos v slovensko okolje, saj je pacient središče zdravstvene nege ne glede na okolje, v katerem se zdravstvena nega izvaja. Ne zaznavamo kulturoloških ovir za vpeljavo teorije v slovensko okolje, saj so koncepti teorije znani medicinskim sestram v praksi tudi v Sloveniji. Prav tako je teorija uporabna na področju visokošolskega izobraževanja v zdravstveni negi (Gallagher–Lepak, et al., 2009; Franzoi, et al., 2016), ki lahko predstavlja prvi korak pri uvajanju teorije v prakso znotraj našega okolja. Kadar želimo teorijo vpeljati v izobraževanje, moramo biti prepričani, da študenti sprejemajo pomembnost vloge medicinske sestre kot osebe, ki skrbi za pomoč pacientu pri razvoju medosebnih, terapevtskih in izobraževalnih odnosov (Pajnkihar, 2003). Teorija H. E. Peplau je že več desetletij vključena v visokošolsko izobraževanje v slovenskem okolju. Testirati pa jo je treba na področju pediatrične zdravstvene nege v našem okolju. Ustrezati mora prepričanem interdisciplinarni skupini in ne sme zanemariti razvoja in uporabe tehnologije (Pajnkihar, 2003). Zato menimo, da je teorija medosebnih odnosov uporabna na področju duševnega zdravlja mladostnika. Vzpostavitev dobrega medosebnega odnosa med medicinsko sestro in mladostnikom je namreč zelo pomembna, saj vpliva na kakovostno zdravstveno obravnavo in hitrejšo okrevanje.

Čeprav je H. E. Peplau prva razvila teorijo medosebnih odnosov za področje zdravstvene nege, je bila teorija deležna številnih kritik. Avtorji so izpostavili predvsem, da v teoriji niso jasno pojasnjeni koncepti in njihove povezave. Zato je Forchuk (1991) izvedla analizo teorije ter podala dodatne razlage konceptov. Ena izmed pomanjkljivosti teorije je tudi nezadostno število testiranj (Franzoi, et al., 2016), zato ne moremo sklepati, da je uporabna na vseh področjih zdravstvene nege. Prav tako ni bilo izvedenih veliko raziskav, ki bi testirale teorijo na področju pediatrične zdravstvene nege.

Po pregledu in analizi literature smo ugotovili, da je teorija lahko uporabna na različnih strokovnih področjih zdravstvene nege. Teorija ni bila testirana na področju zdravstvene nege otroka in mladostnika, zato jo je treba predhodno testirati. Teorija H. E. Peplau je uporabljena kot teoretični okvir v doktorski disertaciji prve avtorice, ki raziskuje duševno blagostanje mladostnikov. Teorija predstavlja teoretično vodilo raziskave, saj so medosebni odnosi

med mladostnikom in medicinsko sestro zelo pomembni. Naloga medicinske sestre je preprečevanje nastanka duševnih motenj in promocija duševnega blagostanja pri mladostnikih, kar pa lahko izvede le, kadar je vzpostavljena dobra komunikacija in so zagotovljeni dobri medosebni odnosi med medicinsko sestro in mladostnikom ter njegovo družino.

Menimo, da je teorija uporabna na področjih, kjer je možno vzpostaviti medosebni odnos in komunikacijo med medicinsko sestro in pacientom, zato sklepamo, da bi jo lahko aplicirali na področje pediatrične zdravstvene nege. Teorija prinaša veliko teoretičnih opredelitev in razlag, ki lahko pediatrični medicinski sestri pomagajo razumeti medosebne odnose in predstavljajo vodilo za izvajanje zdravstvene nege, podprte s teorijo. Pred aplikacijo teorije v slovensko okolje bi bilo teorijo treba testirati. Nadaljnje raziskovanje na tem področju je pomembno za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege, osnovane na podlagi teorije, in vključuje celosten pristop, ki je usmerjen k pacientu in slednjega postavlja v središče zdravstvene nege.

## Zaključek

Po opisu, analizi in vrednotenju teorije na podlagi literature smo ugotovili uporabnost teorije medosebnih odnosov za prakso, izobraževanje in raziskovanje na področju zdravstvene nege. Teorija medosebnih odnosov poudarja pomen medosebnih odnosov med medicinsko sestro in pacientom. Prav tako poda smernice za uspešen medosebni odnos skozi faze, v katerih medicinska sestra asistira pacientu in družini. Uspešen medosebni odnos medicinske sestre in pacienta vodi h kakovostni zdravstveni negi pacienta, zadovoljstvu pacienta, zadovoljevanju zastavljenih ciljev, čimprejšnji ozdravitvi, samostojnosti pacienta in družine, kar zmanjša tako čustveno kot tudi ekonomsko breme posameznika in družine. Mladostniki so ranljiva skupina prebivalcev, saj se soočajo s številnimi stresorji, ki lahko negativno vplivajo na njihovo telesno in duševno zdravje. Teorija je zelo koristna za uporabo v izobraževanju, ker študentu pomaga pri vzpostavljanju medosebnega odnosa ter pri obravnavi pacientov in njihovih družin. S tem pripomore k boljšemu duševnemu počutju zaposlenih in študentov. Teorijo je treba testirati za uporabo v slovenskem okolju. Njen pomen se izraža v pozitivnih posledicah, ki se nanašajo na medicinsko sestro in pacienta, saj gre za enakovredna posameznika v zdravstveni negi.

## 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

Članek je pripravljen v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Glede na izbrano metodologijo raziskovanja za izvedbo raziskave dovoljenje ali soglasje komisije za etiko ni bilo potrebno. / 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). No approval by the Ethics Committee was necessary to conduct the study due to the selected research methodology.

## Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je načrtovala raziskavo, opravila iskanje in pregled literature ter izbor vključenih virov. Obe avtorici sta prispevali k pisanju poglavij Metode, Rezultati, Diskusija in Zaključek. / The first author planned the research, searched and reviewed the literature, and selected the sources. Both authors participated in writing the Methods, Results, Discussion and Conclusion.

## Literatura

Austin, E.A., 2015. *Family-centered pediatric radiation therapy: a nurse-led quality improvement collaboration model: doctoral projects*. San Jose: San Jose State University.  
<https://doi.org/10.31979/etd.pqzz-u8c8>

Beatty, R. & Myers, B., 2017. *Hildegard E. Peplau papers*. Philadelphia: University of Pennsylvania; Barbara Bates Center for the Study of the History of Nursing.

Berntsson, T. & Hildingh, C., 2013. The nurse-patient relationship in pre-hospital emergency care from the perspective of Swedish specialist ambulance nursing students. *International emergency nursing*, 21(4), pp. 257–263.  
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.10.003>  
PMid:23245810

Chinn, P.L. & Kramer, M.K., 2004. *Integrated knowledge development in nursing*. Missouri: Mosby.

Courey, T., Martsof, D.S., Draucker, C.B. & Strickland, K.B., 2008. Hildegard Peplau's Theory and the health care encounters of survivors of sexual violence. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(2), pp. 136–143.  
<https://doi.org/10.1177/1078390308315613>  
PMid:21665762; PMCid:PMC3163527

Coverdale, G.E. & Long, A.F., 2015. Emotional wellbeing and mental health: an exploration into health promotion in young people and families. *Perspectives in Public Health*, 135(1), pp. 27–36.  
<https://doi.org/10.1177/1757913914558080>  
PMid:25568200

D'Antonio, P., Beeber, L., Sills, G. & Naegle, M., 2014. The future in the past: Hildegard Peplau and interpersonal relations in nursing. *Nursing Inquiry*, 21(4), pp. 311–317.  
<https://doi.org/10.1111/nin.12056>  
PMid: 24467803

Erci, B., Sezgin, S. & Kaçmaz, Z., 2008. The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 1, pp. 59–66.

Evans, E.C., Deutsch, N.L., Drake, E. & Bullock, L., 2017. Nurse-patient interaction as a treatment for antepartum depression: a mixed-methods analysis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(5), pp. 347–359.  
<https://doi.org/10.1177/1078390317705449>  
PMid: 28459182

Fawcett, J., 2012. Criteria for evaluation of theory. In: P.G. Redd & N.B. Crawford Shearer, eds. *Perspectives on Nursing Theory*. 6th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott, pp. 352–357.

Fernandes, R.L. & Miranda, F.A.N., 2016. Analysis of the Theory of Interpersonal Relationships: nursing care in psychosocial care centers. *Journal of Nursing UFPE on line*, 10(2), pp. 880–886.

Forchuk, C., 1991. Peplau's Theory: concepts and their relations. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), pp. 54–60.  
<https://doi.org/10.1177/089431849100400205>  
PMid: 2034417

Franzoi, M.A.H., Lemos, K.C., Alves Costa de Jesus, A., Moura Pinho, D.L., Kamada, I. & Diniz dos Reis, P.E., 2016. Peplau's Interpersonal Relations Theory: an evaluation based on fawcett's criteria. *Journal of Nursing*, 10(4), pp. 3653–3661.  
<https://doi.org/10.5205/reuol.9681-89824-1-ED.1004sup201617>

Funakoshi, A., Tanaka, A., Hattori, K. & Arima, M., 2016. Process of building patient-nurse relationships in child and adolescent psychiatric inpatient care: a grounded theory approach in Japan. *Journal of Patient Care*, 1(2), pp. 1–7.  
<https://doi.org/10.4172/2573-4571.1000106>

Gallagher-Lepak, S., Scheibel, P. & Gibson, C.C., 2009. Integrating telehealth in nursing curricula: can you hear me now. *Online Journal of Nursing Informatics*, 13(2), pp. 1–16.

Gasior, S., 2015. *Youth homelessness: the impact of supportive relationships on recovery*. Ontario: The University of Western Ontario.

- Gastmans, C., 1998. Interpersonal relations in nursing: a philosophical–ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. *Journal of Advanced Nursing*, 28, pp. 1312–1319. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00840.x>  
PMid: 9888377
- Hagerty, T.A., 2015. *Testing Peplau's Theory of Interpersonal Relations in nursing using data from patient experience surveys*. New York: City University of New York.
- Hagerty, T.A., Samuels, W., Norcini-Pala, A. & Gigliotti, E., 2017. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: an alternate factor structure for patient experience data. *Nursing Science Quarterly*, 30(2), pp. 160–167. <https://doi.org/10.1177/0894318417693286>  
PMid: 28899257
- Higgins, E.M., 2015. *The influence to advisor-advisee relation fit on the college academic advising experience: a collective case study*. Massachusetts: College of Professional Studies.
- Jarrin, O.E., 2010. *A philosophical inquiry of nursing metalanguage*. Connecticut: University of Connecticut.
- Kim, S. & Kim, S., 2007. Interpersonal caring: a theory for improved self-esteem in patients with long-term serious mental illness - I. *Asian Nursing Research*, 1(1), pp. 11–22. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(08\)60005-5](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(08)60005-5)
- Masters, K., 2015. *Nursing Theories: framework for professional nursing practice*. 1st ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, pp. 47–87.
- McCarthy, C.T. & Aquino–Russell, C., 2009. A comparison of two nursing theories in practice: Peplau and Parse. *Nursing Science Quarterly*, 20(1), pp. 34–40. <https://doi.org/10.1177/0894318408329339>  
PMid: 19176858
- McKenna, H.P., 1997. *Nursing Theories and Models*. London: Routledge.
- McKenna, H.P., Pajnikihar, M. & Murphy, F.A., 2014. *Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice*. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons.
- McKenna, H.P., Pajnikihar, M. & Murphy, F., 2018. *Temelji modelov, teorij in prakse zdravstvene nege*. Maribor: Univerzitetna založba Univerze v Mariboru.
- 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.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & The PRISMA Group, 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta–analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), pp. 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>  
PMid: 19621072
- Nystrom, M., 2007. A patient–oriented perspective in existential issues: a theoretical argument for applying Peplau's interpersonal relation model in healthcare science and practice. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, pp. 282–288. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00467.x>  
PMid: 17559448
- Pajnikihar, M., 2003. *Theory development for nursing in Slovenia*. PhD. Thesis. Manchester: University of Manchester, The Faculty of Medicine, Dentistry, Nursing and Pharmacy.
- Pajnikihar, M., 2012. Modeli in kriteriji za analizo in vrednotenje teorij zdravstvene nege. In: B. Skela–Savič, S. Hvalič Touzery, K. Skinder Savič & J. Zurc, eds. *Zbornik predavanj, 5. mednarodna znanstvena konferenca Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje: prispevek k zdravju posameznika in družbe*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 77–84.
- Pajnikihar, M., Donik, B., Čuček-Trifkovič, K., Kegl B., Prlič, N., Radič, R., et al., 2012a. Wybór modeli i kryteriów analizy i oceny teorii pielęgniarsstwa. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 40(3), pp. 41–46.
- Pajnikihar, M., Donik, B., Čuček-Trifkovič, K., Kegl, B., Prlič, N., Radič, R., et al., 2012b. *Selection of the model and criteria for theory analysis and evaluation in Slovenia and Croatia*. In: S. Uzunović, ed. *South Eastern Europe Health Sciences Journal*, 1(1). Travnik: Faculty of Health Care and Nursing, University of Vitez, Travnik; Osijek: University Josip Juraj Strossmayer Osijek, p. 21.
- Pajnikihar, M., 2014. *Development of a model for theory description, analysis and evaluation. Cutting edge knowledge in health sciences: a research colloquium*. Akureyri: University of Akureyri.
- Pajnikihar, M. & Vrbnjak, D., 2018. *Zdravstvena nega (2018–2019): zbrano učno gradivo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Pajnikihar, M., Stričević, J. & Kegl, B., 2016. *Zdravstvena nega otroka in mladostnika ZN1: zbrano učno gradivo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Parse, R.R., 1992. Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5, pp. 35–42. <https://doi.org/10.1177/089431849200500109>  
PMid: 1538853

- Peplau, H.E., 1952. *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Putnam.
- Peplau, H.E., 1988. *Interpersonal relations in nursing*. London: Macmillan Education.
- Peplau, H.E., 1991. *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Peplau, H.E., 1997. Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10, pp. 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Peterson, S.J., 2013. Interpersonal relations. In: J. Sandra, S.L. Peterson & T. S. Bredow, eds. *Middle range theories: application to nursing research*. 3rd ed. London: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 138–159.
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2012. *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Roberts, J.F., Fenton, G. & Barnard, M.C., 2015. Developing effective therapeutic relationships with children, young people and their families. *Nursing children and Young People*, 27(4), pp. 30–35. <https://doi.org/10.7748/ncyp.27.4.30.e566>  
PMid: 25959488
- Sellers, S.C., 1991. *A philosophical analysis of conceptual models of nursing: unpublished doctoral dissertation*. Iowa: Iowa State University.
- Shives, L.R., 2012. *Basic Concepts of psychiatric-mental health nursing*. London: Lippincott & Wilkins.
- Ta'an, W.F., 2015. *An ethnographic study examining nurse: client relationships in a Jordanian mental health care setting*. Ontario: The University of Western Ontario.
- The GRADE Working Group, 2019. *Grading of recommendations, assessment, development, and evaluations (GRADE)*. Available at: <http://www.gradeworkinggroup.org> [1. 5. 2019].
- Travelbee, J., 1977. *Interpersonal Aspects of Nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Davis.
- Warning, L., 2009. *The effect of the first patient contact in the acute care setting on students anxiety*. Illinois: Blessing–Rieman College of Nursing.
- Winship, G., Bray, J., Repper, J. & Hinshelwood, R.D., 2009. Collective biography and the legacy of Hildegard Peplau, Annie Altschul and Eileen Skellern: the origins of mental health nursing and its relevance to the current crisis in psychiatry. *Journal of Research in Nursing*, 14(6), pp. 505–517. <https://doi.org/10.1177/1744987109347039>
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>  
PMid:24141714

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Cilar, L. & Pajnikihar, M., 2020. Opis, analiza in vrednotenje teorije medosebnih odnosov Hildegard E. Peplau v pediatrični zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(1), 64–78. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.1.2958>



## NAVODILA AVTORJEM

### Splošna navodila

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

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

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

### Opredelitev tipologije

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

## Metodološka struktura članka

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

**Strukturirani izvleček** naj vsebuje naslednje strukturne dele:

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

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

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

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

### Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

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

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

oz. hipotez (kvantitativna raziskava).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

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

Pregledni znanstveni članek je pregled 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.« (ang. no date): (Smith, n. d.). Pri objavi fotografij navedemo avtorja (Foto: Marn, 2009; vir: Cramer, 2012). Za objavo fotografij, kjer je prepoznavna identiteta posameznika, moramo pridobiti dovoljenje te osebe ali staršev, če gre za otroka.

V **seznamu literature** na koncu članka navedemo bibliografske podatke / reference za *vsa v besedilu citirana ali povzeta dela* (in samo ta!), in sicer po abecednem redu avtorjev. Sklicujemo se le na objavljena dela. 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, ang. paragraph spacing).

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

## Primeri navajanja literature v seznamu

### Citiranje knjige:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Papke, K. & Plock, P., 2004. The role of fundal pressure. *Perinatal Newsletters*, 20(1), pp. 1–2. Available at: [http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal\\_newsletters/progeny\\_may2004.pdf](http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal_newsletters/progeny_may2004.pdf) [5. 12. 2012].

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

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

### Citiranje anonimnega dela (avtor ni naveden):

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

### Citiranje dela korporativnega avtorja:

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

### Citiranje članka iz suplementa revije oz. suplementa številke revije:

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

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

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

### Citiranje prispevka iz zbornika referatov:

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

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

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

### Citiranje diplomskega, magistrskega dela, doktorske disertacije:

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

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

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

## Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov:

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

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

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

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

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

## Citiranje zgoščenk (CD-ROM):

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

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

## NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

### 1. Naslovna stran, ki vključuje:

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

## Zahvala / Acknowledgements

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

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

## Financiranje / Funding

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

## Etika raziskovanja / Ethical approval

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

## Prispevek avtorjev / Author contributions

V primeru članka dveh ali več avtorjev so avtorji dolžni opredeliti prispevek posameznega avtorja pri nastanku članka, kot to določajo priporočila International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), dostopno na: <http://www.icmje.org/recommendations>. Vsak soavtor članka mora sodelovati v najmanj dveh 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.

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

## Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

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

## NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

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

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

---

## Literatura

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

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

Posodobljeno: 21. 11. 2016

---

Citirajte kot:

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

## MANUSCRIPT SUBMISSION GUIDELINES

### General policies

The manuscript should be written clearly and succinctly in a standard Slovene or English language and conform to acceptable language usage. Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The authors should use the Microsoft Word template, accessible at the editorial website. All articles considered for publication in the Slovenian Nursing Review will have been subjected to an external, triple-blind peer review. Manuscripts are accepted for consideration by the journal with the understanding that they represent original material, have not been published previously and are not being considered for publication elsewhere. Individual authors bear full responsibility for the content and accuracy of their submissions. The statement of responsibility and publication approval must be signed by the authors' full name. The author's (or authors') professional, academic titles and possible appointments to pedagogical or research title must be included. If the article is written in English, all the titles must be translated into the English language. In submitting a manuscript, the authors must observe the standard scientific research paper components, the format and typology of documents, and submission guidelines. The manuscript must be accompanied by the authorship statement, a copy of which is available on the journal website. The statement must be undersigned by the author and all co-authors in the order in which each is listed in the authorship of the article. The manuscript will not be submitted to editing process before the statement has been received by the editorial office. The latter should also be notified of the designated corresponding author (with their complete home and e-mailing address, telephone number), who is responsible for communicating with the editorial office and other authors about revisions and final approval of the proofs. The title page should include the manuscript title and the full names of the authors, their highest earned academic degrees, and their institutional affiliations and status. The manuscript is eligible for editorial and reviewing process if it is prepared according to the uniform requirements set forth by the editorial committee of the Slovenian Nursing Review.

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

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

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

### Typology of articles

The editors reserve the right to re-classify the article in a topic category that may be more suitable than originally submitted. The classification follows the adopted typology of documents/works for bibliography management in COBISS (Cooperative Online Bibliographic System and Services) accessible at: [http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija\\_slv.pdf](http://home.izum.si/COBISS/bibliografije/Tipologija_slv.pdf). Reclassification can be suggested by the author or reviewer, the final decision rests with the editor-in-chief and the executive editor.

### Methodological structure of an article

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

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

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

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

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



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

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

## Structure of an Original Scientific Article (1.01)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Structure of a Review Article (1.02)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Literature Citation

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

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

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

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

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

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

## Citation Examples by Type of Reference

### Citing books:

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

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

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

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

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

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

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

### Citing a book edited by one or multiple authors:

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

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

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

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

Papke, K. & Plock, P., 2004. The role of fundal pressure. *Perinatal Newsletters*, 20(1), pp. 1–2. Available at: [http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal\\_newsletters/progeny\\_may2004.pdf](http://www.idph.state.ia.us/hpcdp/common/pdf/perinatal_newsletters/progeny_may2004.pdf) [5. 12. 2012].

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

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

**Citing anonymous works (author is not given):**

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

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

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

**Citing an article from a journal supplement or issue supplement:**

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

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

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

**Citing from published conference proceedings:**

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

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

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

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

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

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

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

**Citing laws, codes and regulations:**

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

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

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

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

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

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

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

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

**ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES**

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

**1. The title page includes:**

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

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

## Acknowledgements

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

## Conflict of interest

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

## Funding

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

## Ethical approval

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

## Author contributions

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

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

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

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

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

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

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

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

## **The editorial board – author/s relationship**

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

## **GUIDE TO REVIEWERS**

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

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

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

---

## Literature

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

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

*Updated on November 21, 2016*

---

### Cite as:

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

# Nasveti za umivanje rok

— Novi koronavirus SARS-CoV-2 —

0



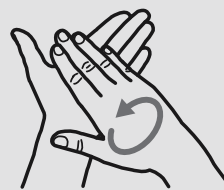
Pred umivanjem vedno odstranimo ves nakit. Roke najprej zmočimo pod tekočo vodo.

1



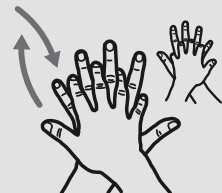
Roki namilimo.

2



Milimo dlan ob dlan.

3



Z desno dlanjo milimo hrbtišče leve roke in obratno.

4



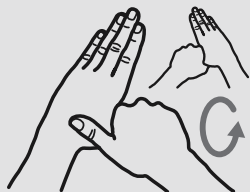
S prsti ene roke milimo med prsti druge roke.

5



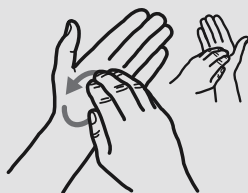
S sklenjenimi rokami milimo z dlanjo proti dlani. Roki zamenjamo in ponovimo.

6



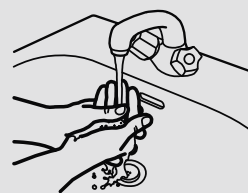
Z dlanjo krožno milimo stegnen palec druge roke, roki zamenjamo in ponovimo.

7



Konice prstov ene roke namilimo s krožnimi gibi v obe smeri po dlani druge roke. Roki zamenjamo in ponovimo.

8



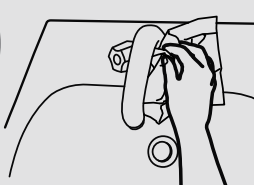
Roke temeljito speremo pod tekočo vodo.

9



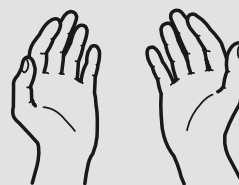
Roke dobro osušimo s papirnato brisačo.

10



Pipo zapremo s komolcem ali papirnato brisačo.

11



Roki milimo vsaj **1 minuto**.



MEDICINSKE SESTRE IN BABICE SO TEMELJ  
VSAKEGA ZDRAVSTVENEGA SISTEMA



**2020**  
MEDNARODNO LETO  
MEDICINSKIH SESTER  
IN BABIC



# 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 Vrtnjak, 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](mailto:obzornik@zbornica-zveza.si)

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

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

Print run: 600 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 / EDITORIAL

It is time for clinical specialisations and advanced nursing practice: marking the International Year of the Nurse and the Midwife  
Čas je za klinične specializacije in napredno zdravstveno nego: ob mednarodnem letu medicinskih sester in babic  
*Brigita Skela-Savič*

4

## IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

Potrebe svojcev pacientov po nezgodni poškodbi glave: kvalitativna raziskava  
Family members' needs after a traumatic brain injury: a qualitative study  
*Klavdija Potočnik, Janez Ravnik, Mateja Lorber*

12

Izkušnje partnerjev s prisotnostjo pri porodu: kvalitativna deskriptivna raziskava  
Partners' experiences related to their presence at childbirth: a qualitative descriptive research  
*Anita Bezeljak, Ana Polona Mivšek, Petra Petročnik*

21

Veljavnost in zanesljivost vprašalnika o potencialnih dejavnih stresa zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih bolnišnicah: kavzalno-neeeksperimentalna metoda  
Validity and reliability of a questionnaire on potential stressors for nursing care staff in Slovenian hospitals: a causal non-experimental method  
*Mojca Dobnik, Matjaž Maletič, Brigita Skela-Savič*

29

Znanje, odnos in dojemanje dela s starejšimi osebami pri zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v domovih za starejše: eksplorativna raziskava  
Knowledge, attitude and understanding of work with the elderly of nursing care employees in nursing homes: explorative research  
*Brigita Skela-Savič, Simona Hvalič Touzery*

38

## PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

Zdravstvena nega pacienta, ki je samomorilno ogrožen: pregled literature  
Nursing of patients at a risk of suicide: literature review  
*Petra Vršnik, Branko Bregar*

52

Opis, analiza in vrednotenje teorije medosebnih odnosov Hildegard E. Peplau v pediatrični zdravstveni negi  
Description, analysis and evaluation of the Interpersonal Relations Theory by Hildegard E. Peplau in pediatric nursing  
*Leona Cilar, Majda Pajnikihar*

64

