

# Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



55(2)  
Ljubljana 2021

## **OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE**

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

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

Ustanovitelj in izdajatelj:

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

Glavna in odgovorna urednica:

**doc. dr. Mateja Lorber**

Urednik, izvršni urednik:

**doc. dr. Mirko Prosen**

Urednica, spletna urednica:

**Martina Kocbek Gajšt**

Uredniški odbor:

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

Lektorica za angleščino:

**lekt. mag. Nina Bostič Bishop**

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

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

Spletna stran: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/>

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

Naklada: 535 izvodov

Prelom: Nataša Artiček – Vizuart, s. p.

Tisk: Tiskarna knjigoveznica Radovljica d. o. o.

Tiskano na brezklislnem papirju.

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

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

# Obzornik zdravstvene nege

## Slovenian Nursing Review

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

REVIEW OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2021 Letnik 55 Številka 2  
Ljubljana 2021 Volume 55 Number 2

## 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**

- The role of epidemiological modeling of COVID-19 in the health system  
 Vloga epidemiološkega modeliranja COVID-19 v zdravstvenem sistemu  
*Tina Kamenšek, Miha Fošnarič, Janez Žibert* 72

**IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE**

- Razjede in njihovo celjenje pri pacientih po amputaciji  
 Ulcers and their treatment in patients after amputation  
*Romana Petkovšek-Gregorin* 76
- Zasnova prototipa informacijskega sistema za klinično pot otročnice in novorojenca  
 v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju  
 Information system prototype design of the clinical pathway of mothers and  
 newborns in the postpartum and postnatal period  
*Uroš Višič, Boštjan Žvanut* 85
- Oblikovanje modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju  
 zagotavljanja farmacevtske skrbi: kvalitativna opisna raziskava  
 The development of a model of interprofessional collaboration of nurses in  
 pharmaceutical care: A qualitative descriptive study  
*Marko Petrović, Benjamin Osmančević, Sabina Ličen, Igor Karnjuš, Mirko Prosen* 92
- Izkušnje zaposlenih z uporabo metode montessori pri delu s starejšimi in osebami  
 z demenco v domu starejših občanov: študija primera  
 Experiences of caregivers with the use of the Montessori Method in working with  
 the elderly and people with dementia in a care home: A case study  
*Špela Mihevc, Tanja Križaj, Marija Petek Šter* 102

**PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE**

- Odnos medicinskih sester do pacienta, odvisnega od prepovedanih drog:  
 integrativni pregled literature  
 The attitude of nurses towards patients addicted to illicit drugs:  
 An integrative literature review  
*Amal Perviz, Urban Bole, Branko Bregar* 113

Editorial / Uvodnik

## The role of epidemiological modeling of COVID-19 in the health system Vloga epidemiološkega modeliranja COVID-19 v zdravstvenem sistemu

Tina Kamenšek<sup>1,\*</sup>, Miha Fošnarič<sup>1</sup>, Janez Žibert<sup>1,2</sup>

A new infectious virus, dubbed SARS-CoV-2 by the World Health Organization and causing COVID-19 coronavirus disease (World Health Organization, 2020), first occurred in Wuhan, China, in December 2019. The virus spread around the world fairly quickly and was confirmed in Slovenia for the first time on 4 March 2020, with the case of a Slovenian tourist who was infected on his way back from Morocco via Italy (Portal gov.si, 2020).

With a higher number of confirmed cases worldwide and their detailed study, it has been found that the new SARS-CoV-2 coronavirus is transmitted between humans by droplets, through direct contact and with continuous exposure to high indoor aerosol concentrations (Li, Liu, Yu, Tang, & Tang, 2020). The spread of the epidemic among the world's population has increased the number of measures taken to curb the epidemic, as well as the interest of experts in various fields to understand the course of the epidemic, and predict its development and consequences. Mathematical models of epidemic development are an important tool for limiting and managing an epidemic. With appropriate epidemiological models, simulations and prediction of different scenarios can be performed. However, appropriate methodology and epidemiological models must be applied (Eržen, Kamenšek, Fošnarič, & Žibert, 2020). Epidemiological models are divided into phenomenological, departmental and agent. Phenomenological models are statistical models that are based on data, use regression analysis, and often adapt epidemiological data to the exponential growth, which is observed in the early stages of an epidemic. Their essential disadvantage is that they do not include the mechanics of the spread dynamics of an infectious disease. Departmental models are

standard epidemiological models and are also widely used during the COVID-19 epidemic. They include the mechanics of the dynamics of the epidemic spread process and have a relatively simple structure, where individual population groups (or departments) in the epidemic are defined and the transitions between them are modelled. The third group of models is represented by agent models. Here, instead of groups in the population, the individual in the epidemic and their interactions with other individuals (or agents) are defined and in this way, the dynamics of the spread of the epidemic are predicted. Individuals or groups of individuals in such models are represented by vertices in the network, where connections between vertices define their interactions. Therefore, such models are also called network models. They can be used to model the heterogeneous spread of the disease, but as a rule, a lot of data are needed to determine the parameters of the model. Therefore, in the absence of these data, the results of the agent model can be highly inaccurate (Keeling & Rohani, 2008).

The minimum requirements for epidemiological modeling must take into account the dynamics of the epidemic spread process and the model parameters must be appropriately estimated or determined, so that the model projections match the previous epidemic state, as this is the only way to use the epidemiological model to predict and simulate the spread of the epidemic. However, we must be very precise in interpreting the results. The dynamics of the spread of an epidemic is highly dependent on the behavior of individuals in an epidemic, such as how many contacts an individual is exposed to, how they behave protectively, or how they follow other government measures to prevent the spread of the COVID-19 infection. However, this cannot be fully

<sup>1</sup> University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

<sup>2</sup> University of Primorska, Andrej Marušič Institute, Muzejski trg 2, 6000 Koper, Slovenija

\* Corresponding author / Korespondenčni avtor: tina.kamensek@zf.uni-lj.si



predicted by models. Therefore, certain assumptions in epidemiological models must be included and can thus only be used to simulate different scenarios of possible epidemic courses with fulfilled or unfulfilled assumptions. Nevertheless, or precisely because of this, epidemiological models can be very useful.

With epidemiological models, it can be showed promptly that the flattening of the curve of infected and consequently hospital treatments depends on the reproductive number  $R$ . This is the number that reveals how many people on average are infected by one infected person in an epidemic. If the number of  $R$  is greater than 1, the epidemic increases exponentially; if  $R$  is around 1, the epidemic spreads constantly (on the average just as many people fall ill as recover); and if  $R$  is less than 1, the epidemic declines. The higher  $R$  is, the more infected people there will be at a given time, which in turn, results in a greater burden on the health system. The lower the  $R$  is (but still greater than 1), the more the curve of the infected is flattened and the epidemic lasts longer, but the health system is consequently less burdened although for a longer period of time. The models can also show that it is necessary to implement measures as restrictively as possible to reduce  $R$  as much as possible and as early as possible in the epidemic. In this way, the course of the epidemic can be controlled or completely limited. The finding that the decline of an epidemic takes longer than its increase is also significant. In other words, more time to get back to the baseline than from the baseline to the peak of the epidemic is needed.

Furthermore, by adding new groups to departmental models, the impact of more or less risk groups on the dynamics of the epidemic can be studied. Here, it is important to note that a relatively small group of individuals behaving more risky and thus spreading infection more, can significantly affect the overall spread of the epidemic. For example, we have found that already 10% of the population with 3 times riskier contacts, can cause a 40% higher maximum value of the number of the infected in the population. Similarly, the emergence of new virus strains, which are more virulent, for example, can also significantly alter the dynamics of the virus spread and can critically change the course of the epidemic despite measures. By adding new groups to epidemiological models, the impact of vaccination on the course of the epidemic can also be simulated, illustrating that vaccination is necessary to achieve herd immunity. Stopping the spread of the epidemic depends on the reproductive number  $R$  and is achieved with the proportion of vaccinated population being at least  $1-1/R$ .

With more complex epidemiological modeling, the course of the epidemic with the inclusion of various measures that are more targeted to individual population groups can also be simulated. For example, the release of measures in education (primary and secondary schools) in combination with vaccination of the elderly population in the presence of new

variants of the virus. Such simulation for Slovenia, for example, is made with the SEIR C19 SI model and is available at the Rpubs webpage (Žibert, 2021).

Similarly, models can be used to plan hospital capacities during the epidemic. It can be shown that, for example, the patient treatment time in a hospital or in an intensive care unit can significantly affect the load on hospital capacities with the rapid spread of the epidemic. Just one day of shorter treatment of patients on average in intensive care units or in general wards of hospitals can significantly reduce the burden on the hospital system as a whole with the rapid spread of the epidemic. Therefore, the integration of epidemiological models into the planning, analysis and management of an epidemic in extreme situations, such as the COVID-19 pandemic, is urgently needed.

Healthcare professionals also play an important role in this. They are an example in following government measures to control the epidemic, understanding the measures and helping to make the lay public aware of their importance (Prosen, 2020). It should be noted that without quality input data it is not possible to make a good predictive model, so it is important to keep treatment protocols and COVID-19 patient registers, accurate and consistent data collection, which is anonymously accessible to developers of predictive epidemiological models. It is also important that healthcare professionals know how to use predictive models in their work, especially in terms of planning the influx of patients, lighter and heavier forms, occupancy of beds in individual departments and units, work process planning and staffing.

---

### *Slovenian translation / Prevod v slovenščino*

Decembra 2019 je v mestu Vuhan na Kitajskem prišlo do izbruha novega nalezljivega virusa, ki ga je Svetovna zdravstvena organizacija poimenovala SARS-CoV-2 in povzročila koronavirusno bolezen COVID-19 (World Health Organization, 2020). Virus se je zelo hitro razširil po svetu in 4. marca 2020 je bil prvič potrjen tudi v Sloveniji s primerom slovenskega turista, ki se je okužil med vračanjem iz Maroka skozi Italijo (Portal gov.si). Z večjim številom potrjenih primerov po svetu in njihovim podrobnim preučevanjem je bilo ugotovljeno, da se novi koronavirus SARS-CoV-2 med ljudmi prenaša kapljično, s tesnimi stiki in z neprekinjeno izpostavljenostjo visokim koncentracijam aerosola v zaprtem prostoru (Li, Liu, Yu, Tang, & Tang, 2020). Širjenje epidemije med svetovnim prebivalstvom je povečevalo število sprejetih ukrepov za zaježitev epidemije in tudi interes strokovnjakov različnih področij za razumevanje poteka epidemije, napoved njenega razvoja in posledic.

Pri zamejevanju in upravljanju z epidemijo so pomembno orodje matematični modeli razvoja epidemije. Z ustreznimi epidemiološkimi modeli

lahko izvajamo simulacije in predvidimo različne scenarije, vendar moramo pri tem uporabljati ustrezno metodologijo in ustrezne epidemiološke modele (Eržen, Kamenšek, Fošnarič, & Žibert, 2020). Slednje v osnovi delimo na fenomenološke, oddelčne in agentne. Fenomenološki modeli so statistični modeli, ki nastanejo na podlagi podatkov, uporabljajo regresijsko analizo ter pogosto prilagajajo epidemiološke podatke eksponentni rasti, ki je opažena v zgodnjih fazah epidemije. Njihova bistvena slabost je, da ne vključujejo mehanizmov dinamike širjenja nalezljive bolezni. Oddelčni modeli so standardni epidemiološki modeli in jih veliko uporabljamo tudi v času epidemije COVID-19. Vključujejo mehanizme dinamike procesa širjenja epidemije in imajo sorazmerno enostavno strukturo, pri čemer definiramo posamezne skupine populacije (ali oddelke) v epidemiji in modeliramo prehode med njimi. Tretjo skupino modelov predstavljajo agentni modeli, pri katerih namesto skupin v populaciji definiramo posameznika v epidemiji in njegove interakcije z drugimi posamezniki (ali agenti) ter na ta način poskušamo napovedovati dinamiko širjenja epidemije. Posamezniki ali skupine posameznikov v takšnih modelih so predstavljeni kot točke v mreži, kjer s povezavami definiramo interakcije med njimi. Zato takim modelom pravimo tudi mrežni modeli. Z njimi lahko modeliramo heterogeno širjenje bolezni, vendar praviloma potrebujemo mnogo podatkov za določanje parametrov modela. Zato so lahko ob pomanjkanju teh podatkov rezultati agentnega modela zelo nenatančni (Keeling & Rohani, 2008).

Minimalne zahteve pri epidemiološkem modeliranju morajo upoštevati dinamiko procesa širjenja epidemije, pri čemer morajo biti parametri modelov ocenjeni ali določeni tako, da se projekcije modela ujemajo s predhodnim stanjem epidemije, saj le tako epidemiološki model lahko uporabljamo za napovedi in simulacije širjenja epidemije v prihodnosti. Vendar moramo biti tudi pri tem pozorni na interpretacijo rezultatov. Dinamika širjenja epidemije je namreč zelo odvisna od obnašanja posameznikov v epidemiji, npr. koliko stikom z okuženimi osebami je izpostavljen posameznik, kako se varovalno obnaša ali kako upošteva druge vladne ukrepe za preprečevanje širjenja okužbe COVID-19. Tega z modeli ne moremo v celoti predvideti. Zato moramo v epidemiološke modele vključevati določene predpostavke, ki jih lahko uporabljamo predvsem za simulacije različnih scenarijev možnih potekov epidemije ob izpolnjenih ali neizpolnjenih predpostavkah. Kljub temu oziroma ravno zaradi tega pa so epidemiološki modeli lahko zelo uporabni.

Z epidemiološkimi modeli lahko hitro pokažemo, da je sploščevanje krivulje okuženih in posledično bolnišničnih obravnav odvisno od  $t$ , i. e. reprodukcijskega števila  $R$ . To je število, ki pove, koliko ljudi v poprečju okuži ena okužena oseba v epidemiji. Če je število  $R$  večje od 1, epidemija eksponentno narašča; če je  $R$  okoli 1, se epidemija širi konstantno (v povprečju zbolji in ozdravi

enako število ljudi); če je  $R$  manjši kot 1, epidemija upada. Večji kot je  $R$ , več okuženih bomo v nekem trenutku imeli, kar posledično pomeni večjo obremenitev zdravstvenega sistema. Nižji kot je  $R$  (še vedno večji od 1), bolj je krivulja okuženih sploščena in epidemija traja dlje časa, zdravstveni sistem pa je posledično manj, a dlje obremenjen. Z modeli lahko pokažemo tudi, da je treba ukrepe izvajati čim bolj restriktivno, s čimer v procesu širjenja epidemije, kolikor se da in čim prej, znižamo  $R$ . Na ta način lahko bolj nadziramo potek epidemije oziroma jo popolnoma omejimo. Pomembna ugotovitev je tudi, da upadanje epidemije traja dlje časa kot naraščanje oziroma da potrebujemo več časa za vzpostavitev izhodiščnega stanja kot za prehod od izhodiščnega stanja do vrha epidemije.

Nadalje lahko z dodajanjem novih skupin v oddelčne modele preučujemo vpliv bolj in manj rizičnih skupin na dinamiko širjenja epidemije. Ob tem je pomembna ugotovitev, da lahko že številčno razmeroma majhna skupina posameznikov, ki se obnašajo bolj rizično in s tem bolj širijo okužbo, znatno vpliva na celoten potek širjenja epidemije v neki populaciji. Tako lahko na primer ugotovimo, da že 10 % populacije, ki ima trikrat več rizičnih stikov, povzroči za 40 % višje maksimalne vrednosti števila okuženih v populaciji. Podobno lahko ugotovimo, da pojav novih sevov virusa v epidemiji, ki so na primer bolj virulentni, znatno spremeni dinamiko širjenja virusa in s tem tudi potek epidemije ukrepom navkljub. Z dodajanjem novih skupin v epidemiološke modele lahko simuliramo tudi vpliv cepljenja na potek epidemije. S tem lahko pokažemo, da je treba s cepljenjem doseči čredno imunost za zaustavitev širjenja epidemije, ki je odvisna od reprodukcijskega števila  $R$  in jo dosežemo ob precepljenosti populacije najmanj v deležu  $1-1/R$ .

Z bolj kompleksnim epidemiološkim modeliranjem lahko simuliramo tudi poteke epidemije z vključenimi različnimi ukrepi, ki so bolj usmerjeni v posamezne skupine populacije: na primer sproščanje ukrepov v šolstvu v kombinaciji s cepljenjem starejše populacije ob prisotnosti novih različic virusa. Takšna simulacija je npr. za Slovenijo narejena s pomočjo modela SEIR C19 SI in dostopna na spletni strani Rpubs (Žibert, 2021).

Podobno lahko uporabimo modele za načrtovanje bolnišničnih kapacitet v epidemiji. Tako se na primer pokaže, da čas obravnave pacienta v bolnišnici ali na intenzivnem oddelku lahko znatno vpliva na obremenjenost bolnišničnih kapacitet ob hitrem širjenju epidemije. V povprečju lahko že dan krajša obravnava pacientov na intenzivnih ali splošnih oddelkih bolnišnic pomembno zniža celotno obremenjenost bolnišničnega sistema ob hitrem širjenju epidemije. Zato je vključevanje epidemioloških modelov v načrtovanje, analiziranje in upravljanje z epidemijo v ekstremnih razmerah, kot je pandemija COVID-19, izjemno pomembno.

Pri tem imajo pomembno vlogo tudi zdravstveni delavci, ki so zgled upoštevanja vladnih ukrepov



za obvladovanje epidemije, razumejo ukrepe in pomagajo ozaveščati laično javnost o njihovem pomenu (Prosen, 2020). Opozoriti je treba, da brez dobrih vhodnih podatkov ni mogoče narediti dobrega napovednega modela, zato je pomembno, da se vodijo protokoli obravnave in registri bolnikov s COVID-19, da so podatki zbrani natančno in dosledno ter da so v anonimizirani obliki dostopni razvijalcem napovednih epidemioloških modelov. Pomembno je tudi, da znajo zdravstveni delavci napovedne modele uporabljati pri svojem delu, predvsem z vidika načrtovanja priliva bolnikov, lažjih in težjih oblik, zasedenosti postelj na posameznih oddelkih in enotah, načrtovanja delovnega procesa in kadrovske obremenitve.

## Conflict of interest / Nasprotje interesov

Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov. / The authors confirm that there are no known conflict of interest.

## Literature

Eržen, I., Kamenšek, T., Fošnarič, M., & Žibert, J. (2020). Key challenges in modelling an epidemic: What have we learned from the COVID-19 epidemic so far. *Zdravstveno Varstvo*, 59(3), 117–119. <https://doi.org/10.2478/sjph-2020-0015>

Keeling, M. J., & Rohani, P. (2008). *Modeling infectious diseases in humans and animals*. New Jersey: Princeton University Press.

Li, H., Liu, S. M., Yu, X. H., Tang, S. L., & Tang, C. K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Current status and future perspectives. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(5), Article 105951. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105951>

Portal gov.si (2020). *Koronavirus (SARS-CoV-2)*. Retrieved January 18th, 2021 from <https://www.gov.si/teme/koronavirus-sars-cov-2/>

Prosen, M. (2020). Družbena stigmatizacija v času koronavirusne bolezni (COVID-19). *Obzornik zdravstvene nege*, 54(2), 100–103. <https://doi.org/10.14528/snr.2020.54.2.3041>

Žibert, J. (2021). Simulacija vpliva sproščanja ukrepov, cepljenja in novega seva. *Rpubs*, februar 2021. Retrieved February 15th, 2021 from [https://rpubs.com/janezz/seirC19SIV5-sim\\_ole\\_cep\\_sev\\_feb](https://rpubs.com/janezz/seirC19SIV5-sim_ole_cep_sev_feb)

World Health Organization (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Retrieved February 10th, 2021 from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/>

*Cite as / Citirajte kot:*

Kamenšek, T., Fošnarič, M., & Žibert, J. (2021). The role of epidemiological modeling of COVID-19 in the health system. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), 72–75. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.3091>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

## Razjede in njihovo celjenje pri pacientih po amputaciji Ulcers and their treatment in patients after amputation

Romana Petkovšek-Gregorin<sup>1,\*</sup>

**Ključne besede:** poškodba kože; zdravljenje; zdravstvena nega

**Key words:** skin damage; treatment; nursing

<sup>1</sup> Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, Slovenija

\* *Korespondenčni avtor / Corresponding author:*  
romana.petkovsek@ir-rs.si

### IZVLEČEK

**Uvod:** Najpogostejši vzroki, ki vplivajo na celjenje razjed pri pacientih po amputaciji, so periferna arterijska bolezen, sladkorna bolezen in kronična venska insuficienca. Namen raziskave je bil prepoznati dejavnike, ki lahko vplivajo na celjenje razjede na amputacijskem krnu.

**Metode:** Uporabljena je bila kvantitativna neeksperimentalna raziskovalna metodologija. Izvedena je bila retrospektivna raziskava s pregledom negovalne dokumentacije o spremljanju razjede. V raziskavo je bilo vključenih 134 pacientov po amputaciji spodnjega uda z razjedo, hospitaliziranih v letu 2017. Uporabljeni sta bili opisna statistika in logistična regresija.

**Rezultati:** Razjedo, nastalo zaradi različnih vzrokov, je imelo 134 pacientov. Ženske imajo v primerjavi v moškimi več možnosti za prisotnost razjede ob odpustu (RO = 4,8, 95 % IZ: 1–22), prav tako pacienti, ki so imeli razjedo že ob sprejemu (RO = 7,7, 95 % IZ: 3–19,2), in tisti z več kot eno razjedo (RO = 4,7, 95 % IZ: 1–22,3). Pri pacientih, ki imajo razjedo na amputacijskem krnu, imajo večjo možnost, da se bo ta do konca rehabilitacije zacelila (RO = 0,2, 95 % IZ: 0,1–0,6;  $p = 0,004$ ).

**Diskusija in zaključek:** Ugotovitve nakazujejo, da je pri ženskah večja verjetnost, da razjeda ob odpustu ne bo zaceljena, kot pri pacientih, pri katerih je bila razjeda prisotna že ob sprejemu, in pri tistih, ki imajo več razjed. Treba bi bilo izvesti raziskavo, ki bi zajela večje število pacientov. Prav tako bi bilo treba natančneje določiti parametre spremljanja.

### ABSTRACT

**Introduction:** The most common causes affecting the healing of ulcers in patients after amputation are associated with peripheral arterial disease, diabetes and chronic venous insufficiency. The purpose of the study was to identify the factors that may affect the healing of the ulcer on the amputation stump.

**Methods:** Quantitative non-experimental research methodology was used. A retrospective study was performed by reviewing the nursing documentation on ulcer monitoring. The study included 134 patients with an ulcer after amputation of the lower limb, hospitalized in 2017. Descriptive statistics and logistic regression were used.

**Results:** 134 patients had ulcers caused by various factors. In comparison to men, women are more expected to have ulcers at discharge (OR = 4.8, 95 % CI: 1–22), and patients who had an ulcer before the hospitalization (OR = 7.7, 95 % CI: 3–19.2) as well as those with more than one ulcer (OR = 4.7, 95 %, CI: 1–22.3). Patients who had an ulcer on the amputation stump, had lower prospects for the presence of ulcers at discharge from the hospital (OR = 0.2, 95 % CI: 0.1–0.6,  $p = 0.004$ ).

**Discussion and conclusion:** The findings suggest that at discharge women are more likely to have an ulcer at discharge than men. Also, patients with ulcers at admission and patients with multiple ulcers at admission are more likely to have an ulcer at discharge. A survey including more patients should be conducted. Also, exact monitoring parameters should be specified.



Prejeto / Received: 9. 7. 2019  
Sprejeto / Accepted: 24. 2. 2021

<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.2987>

## Uvod

Celjenje razjede predstavlja normalen biološki proces v človekovem telesu (Pastar et al., 2014; Armstrong & Meyr, 2018a). Akutne razjede pri zdravih posameznikih se celijo skozi urejeno zaporedje fizioloških dogodkov / faz (Armstrong & Meyr, 2018a). Za uspešno celjenje razjede morajo vse štiri faze potekati v pravilnem zaporedju in časovnem okviru (Brown, 2015). Ko proces celjenja zastane, se lahko razvije kronična razjeda (Frykberg & Banks, 2015; Armstrong & Meyr, 2018a). Značilnost kronične razjede je, da se celi več kot osem tednov (Iqbal, Jan, Wajid, & Tariq, 2017). Razjedo ima 0,15–2 % celotne populacije (Hall et al., 2014; Heyer, Herberger, Protz, & Glaeske, 2016; Oliveira, Gero, Whitacre, & Rankin, 2016).

Na eno ali več faz procesa celjenja lahko vplivajo številni dejavniki, kar lahko privede do nepravilnega ali podaljšanega celjenja razjede. Zapleti pri celjenju razjede so pogostejši pri pacientih z zdravstvenimi težavami (Armstrong & Meyr, 2018b). Najpogosteje vplivajo na podaljšano celjenje slaba oksigenacija kože, razna vnetja, starost in spol, hormoni, stres, sladkorna bolezen (SB), periferna arterijska bolezen (PAB), venska insuficienca, debelost, zdravila, ki jih pacient uživa, alkohol, kajenje in prehrana (Guo & DiPietro, 2010; Mills et al., 2014; Salomé et al., 2016; Diniz et al., 2019). Nekateri posamezniki imajo enega ali več izmed navedenih dejavnikov (Armstrong & Meyr, 2018b).

Razširjenost kroničnih razjed narašča deloma zaradi staranja prebivalstva (Moore et al., 2014) in sprememb življenjskega sloga (Whiting, Guardiguata, Weil, & Shaw, 2011). Pri pacientih s SB je prisotnost razjede pogostejša. Najpogosteje nastane na diabetičnem stopalu. Prisotnost razjede na diabetičnem stopalu se giba od 3 % v Oceaniji do 13 % v Severni Ameriki in 5,5 % v Aziji (Zhang et al., 2017; Cavassan et al., 2018). Nekateri avtorji predvidevajo, da je lahko odstotek nastanka razjede na diabetičnem stopalu tudi višji, in sicer do 15 % (Tabatabaei-Malazy et al., 2010; Zhang et al., 2017).

V Združenih državah Amerike je v 80–85 % vzrok amputacije spodnjega uda PAB v povezavi s SB (Highsmith et al., 2016; Kamrad, Söderberg, Örneholm, & Hagberg, 2020). Pri 85 % teh pacientov je pred amputacijo prisotna razjeda na nogi (Junichi et al., 2012; Urbančič & Slak, 2017). Različni vzroki, med katere sodi tudi kronična razjeda na nogi, privedejo v razvitih državah do amputacije spodnjega uda pri 0,25–1,8 % pacientov (Zhang et al., 2017). Večina pacientov po amputaciji spodnjega uda je starejših od 65 let (Meulenbelt, 2010; Highsmith et al., 2016; Bommer et al., 2017; Nealon, Howe, Jansen, Garg, & Wong, 2017; Koichi, Terutoshi, & Kazuomi, 2018).

Spremembe in razjede na koži krna lahko nastanejo tudi po amputaciji. Pojavnost sprememb na koži krna

se giblje od 30 do 43 % (Meulenbelt, 2010; Rink et al., 2016). Highsmith et al. (2016) so v pregledu literature ugotovili, da imajo pacienti, ki uporabljajo protezo, probleme s kožo na krnu v 75 %. Polovica pacientov po amputaciji, ki se je udeležila vojne v Vietnamu in pri hoji uporablja protezo, ima težave s kožo na krnu (Reiber et al., 2010; Yang, Garza, Foote, Sewon Kang, & Meyerle, 2012). Zapleti pri celjenju razjed se pojavljajo pri 13,4 % pacientov po amputaciji (Polfer et al., 2014). Med njimi ima 10,3 % amputacijo na transfemoralnem nivoju in 19,5 % na transtibialnem nivoju. Pri ženskah in pri pacientih, ki so imeli amputacijo na transtibialnem nivoju, imajo dejavniki tveganja večji vpliv na uspešnost celjenja razjede kot pri ostalih pacientih (Koichi et al., 2018). Pogosto gre za kompleksne zdravstvene težave (Price, Moffatt, & Crofts, 2015; Anugraha et al., 2020).

Glavne težave pri pacientih po amputaciji spodnjega uda so podaljšano celjenje operativnega mesta, fulikulitis, ponavljajoče se razjede na amputacijskem krnu in poškodbe kože krna zaradi pritiska kot posledica nošenja proteze (Kamrad et al., 2020). Ko pacient prejme prvo protezo, lahko ta povzroči razjedo na koži krna (Meulenbelt, 2010; Price et al., 2015). Razjede se pojavijo, ker mehka tkiva, ki se nahajajo v ležišču, niso prilagojena novim nenaravnim pritiskom, kot so stiskanje tkiv v proteznem ležišču in strižne sile. Te lahko v proteznem ležišču presežejo telesno maso (Meulenbelt, Geertzen, Jonkman, & Dijkstra, 2011; Price et al., 2015).

Dejavniki, povezani z manjšim tveganjem za nastanek razjede pri pacientih po amputaciji, so višja starost, moški spol, amputacija zaradi PAB ali SB (Meulenbelt, 2010; Kamrad et al., 2020). Starost od 50 do 59 let predstavlja povečano tveganje za nastanek razjede na krnu pri pacientih po transtibialni amputaciji (Hasanadka et al., 2011) ter štirikrat večje tveganje za nastanek sprememb na koži krna v primerjavi s pacienti po transfemoralni amputaciji (Raya, Gailey, Fiebert, & Roach, 2010; Kamrad et al., 2020).

Kajenje vpliva na nastanek PAB na nivoju mikrocirkulacije. Povzroči zmanjšanje elastičnosti kože in predstavlja dejavnik tveganja za nastanek razjede na koži krna (Anderson, Boone, Hansen, Spencer, & Fowler, 2012; Liu, Zhang, Yan, & Yuan, 2018). Kajenje in povečana telesna masa (ITM) predstavljata povečano tveganje za nastanek razjede na krnu pri pacientih po transfemoralni amputaciji (Hasanadka et al., 2011). Pacienti po amputaciji spodnjega uda, ki imajo tudi SB tipa 2, imajo pogosto težave z ITM (Turns, 2011). Ženski spol predstavlja dejavnik, ki poveča verjetnost za težave s kožo na krnu. Ženske za razliko od moških menijo, da težave s kožo na krnu vplivajo na njihov poklic in hobije (Koichi et al., 2018; Kamrad et al., 2020).

Ko na krnu nastane razjeda, ta potrebuje standardno oskrbo (Price et al., 2015), kar predstavlja tudi veliko

finančno breme tako za pacienta kakor za družbo (Meulenbelt, 2010; Guest et al., 2015; Koichi et al., 2018; Rocha et al., 2019). Razjeda pacienta omejuje pri njegovih vsakodnevnikih opravilih (Pađen, 2014) in vpliva na kakovost njegovega življenja (Newbern, 2018). Velik problem predstavlja tudi za zdravstvene delavce (zdravnike, medicinske sestre, prehranske svetovalce ...). Pojav razjede na koži krna predstavlja pomemben dejavnik v času rehabilitacije pacienta po amputaciji spodnjega uda. Omejuje ga v gibanju in pri sodelovanju v terapevtskih programih. Da bi se razjeda uspešno zacelila, je potrebna redna nega razjede in spremljanje njenega gibanja v smislu velikosti in uporabljenih oblog.

### *Namen in cilji*

V raziskavi smo želeli ugotoviti, kako pogosto se razjede na amputacijskem krnu pojavijo in katere skupine pacientov so najbolj ogrožene. Cilj raziskave je bil ugotoviti, pri katerih pacientih lahko pričakujemo nastanek razjede na krnu in pri katerih pacientih bo celjenje razjede uspešnejše.

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je možnost nastanka razjede na krnu pri pacientih, ki uporabljajo dodatno oporo pri hoji s protezo?
- Kateri dejavniki vplivajo na zacelitev razjede?
- Kolikšna je možnost, da bo pri pacientih, pri katerih je razjeda na krnu nastala v rehabilitacijski ustanovi, ta ob odpustu zaceljena?

### **Metode**

Opravljen je bil retrospektivna kvantitativna raziskava na populaciji hospitaliziranih pacientov na oddelku za rehabilitacijo pacientov po amputaciji. Podatki so bili zbrani s pomočjo pregleda negovalne dokumentacije o spremljanju razjede.

### *Opis instrumenta*

V raziskavo so bili vključeni pacienti, hospitalizirani v letu 2017, pri katerih je razjeda nastala zaradi različnih vzrokov. Podatki so bili zbrani s pomočjo pregleda negovalne dokumentacije, ki je posebej namenjena spremljanju razjede in njenemu spreminjanju v določenem časovnem okviru. Del dokumenta je oblikovan v elektronski obliki. Drugi del dokumenta, v katerem je zabeležen obris razjede, je shranjen v papirnati obliki.

Na podlagi pregleda negovalne dokumentacije o spremljanju razjede smo ugotavljali, kateri pacienti so imeli razjedo, nastalo zaradi različnih vzrokov, ali je bila prisotna ob sprejemu ali je nastala pozneje med potekom rehabilitacije. Pregledali smo vzroke za nastanek razjede, njeno velikost, lokacijo ter stopnjo. Prav tako smo ugotavljali spreminjanje velikosti

razjede med hospitalizacijo. Poleg same razjede smo ugotavljali tudi dejavnike tveganja, ki so privedli do amputacije (prisotnost PAB, SB in kajenje). Prav tako smo spremljali vrednost ITM, ki smo ga korigirali glede na nivo amputacije, in število hospitaliziranih dni v rehabilitacijski ustanovi.

### *Opis vzorca*

V vzorec je bilo vključenih 134 pacientov (od 305 hospitaliziranih v letu 2017) z razjedo, ki je nastala zaradi različnih vzrokov in v različnem obdobju. Med njimi je bilo 106 (79,1 %) moških in 28 (20,9 %) žensk. Povprečna starost vseh pacientov, vključenih v vzorec, je bila 68,3 leta. Moški so bili povprečno stari 66,7 leta in ženske 72,1 leta. Povprečno število hospitalnih dni je bilo 34,4.

### *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov*

V obdobju od 8. januarja 2018 do 28. februarja 2018 je bil opravljen pregled negovalne dokumentacije hospitaliziranih pacientov v rehabilitacijski ustanovi – na oddelku za rehabilitacijo po amputaciji –, pri katerih je bila v času od 1. januarja 2017 do 31. decembra 2017 prisotna razjeda. Pregled negovalne dokumentacije je izvedla diplomirana medicinska sestra.

Statistično obdelavo podatkov smo izvedli z računalniškim programom SPSS, verzija 17 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). V prvem koraku smo ob zbranih podatkih izpeljali opisno statistiko, s katero smo ugotavljali frekvence, odstotke, povprečno vrednost ( $\bar{x}$ ) in standardni odklon ( $s$ ). Za nadaljnjo statistično analizo smo uporabili logistično regresijo, s katero se ugotavlja asociacija med posameznimi značilnostmi pacienta, dejavniki tveganja in uspešnostjo zdravljenja. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila 0,05.

### **Rezultati**

Najpogostejši nivo amputacije pri pacientih z razjedo, nastalo zaradi različnih vzrokov, je bil transtibialni ( $n = 90$ , 67,6 %). Razjeda pri pacientih po transfemoralni amputaciji je bila prisotna pri 27 pacientih (20,1 %). Najpogostejši vzrok amputacije pri pacientih z razjedo, ki je nastala zaradi različnih vzrokov, je bila SB ( $n = 86$ , 64,2 %), sledilo je obolenje žil ( $n = 38$ , 28,4 %).

Nekateri pacienti so imeli več kot eno razjedo ( $n = 28$ , 20,9 %), zato je bilo skupno število razjed 162. Razjedo ob sprejemu je imelo 93 (69,4 %) pacientov, 41 (30,6 %) pacientov pa jo je pridobilo v času hospitalizacije. Razjedo ob odpustu je imelo 90 (67,2 %) pacientov. Vsaj eno delno zaceljeno razjedo je imelo 69 (51,5 %) pacientov. Povprečni ITM pri pacientih, vključenih v raziskavo, je bil 27,7 kg/m<sup>2</sup>. 86 (64,2 %) pacientov je izjavilo, da ne kadi.

Najpogostejša lokacija razjede, ne glede na čas in vzrok nastanka, je bila razjeda na krnu – pri 73 (54,5 %)

pacientih. Sledila je razjeda na prstih na preostali nogi pri 32 (23,9 %) pacientih. Najpogostejši vzrok nastanka razjede je bilo podaljšano celjenje brazgotine na operativnem mestu ( $n = 30$ , 22,4 %), sledile so razjede, nastale zaradi hoje s protezo ( $n = 25$ , 18,7 %) ali hoje s pripomočkom za hojo ( $n = 14$ , 10,4 %). Povprečno so imele razjede površino 2 cm<sup>2</sup> (0,1–52,5 cm<sup>2</sup>). Najpogosteje uporabljena obloga za celjenje razjede je bila mrežica z dodatki. V izvedeni raziskavi je bil mrežici v 83 (68,6 %) primerih dodan jod.

**Tabela 1: Značilnosti pacientov vključenih v raziskavo**  
**Table 1: Patients' characteristics included in the study**

| Značilnosti vzorca /<br>Sample characteristics | $n = 134$ | %    |
|--|-----------|------|
| Spol   |           |      |
| Moški  | 106       | 79,1 |
| Ženski   | 28        | 20,9 |
| Nivo imputacije                                |           |      |
| Transtibialna amputacija                       | 90        | 67,2 |
| Transfemoralna amputacija                      | 27        | 20,1 |
| Drugo  | 17        | 12,7 |
| Vzrok imputacije                               |           |      |
| Sladkorna bolezen                              | 86        | 64,2 |
| Žilno obolenje                                 | 38        | 28,4 |
| Drugo  | 10        | 7,5  |
| Nikoli kadilec                                 | 87        | 65,9 |
| Lokacija razjede                               |           |      |
| Krn  | 73        | 54,5 |
| Prsti na nogi                                  | 32        | 23,9 |
| Peta   | 14        | 10,4 |
| Golen  | 11        | 8,2  |
| Roka   | 5         | 3,7  |
| Stopalo  | 5         | 3,7  |
| Sakralno                                       | 5         | 3,7  |
| Drugo  | 15        | 11,2 |
| Vzrok nastanka razjede na krnu                 |           |      |
| Podaljšano celjenje pooperativne brazgotine    | 30        | 22,4 |
| Razjeda zaradi hoje s protezo                  | 25        | 18,7 |
| Razjeda zaradi hoje s pripomočkom              | 14        | 10,4 |
| Drugo  | 4         | 2,9  |
| Obloge ( $n = 121$ )                           |           |      |
| Mrežice z jodom                                | 83        | 68,6 |
| Gel  | 16        | 13,2 |
| Obliž  | 16        | 13,2 |
| Obloge s srebrom                               | 9         | 7,4  |
| Visoko vpojne obloge                           | 9         | 7,4  |
| Drugo  | 8         | 6,6  |

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

Tabela 2 prikazuje rezultate logistične regresije s katero ugotavljamo asociacijo med posameznimi

značilnostmi pacienta, dejavniki tveganja in uspešnostjo zdravljenja. Slednja je merjena kot prisotnost razjede ob odpustu. Zdravljenje je uspešno, če je razjeda zaceljena in torej ni več prisotna. Ker je prisotnost razjede ob odpustu povezana s trajanjem hospitalizacije, je ta dejavnik vključen v analizo kot dodatna spremenljivka. Izračunano je prilagojeno razmerje obetov s kontrolo dolžine hospitalizacije. Če kontroliramo dolžino hospitalizacije, ugotovimo, da je uspešnost zdravljenja povezana s spolom pacienta, prisotnostjo razjede, nastale pred sprejemom v bolnišnico, številom razjed in prisotnostjo razjede na krnu.

Ugotovili smo, da je zdravljenje uspešnejše pri moških (RO = 4,8, 95 % IZ: 1–22,1;  $p = 0,043$ ). Pacienti, pri katerih je razjeda nastala med hospitalizacijo, imajo boljše možnosti za zacelitev ob odpustu kot pacienti, pri katerih je bila razjeda prisotna že ob sprejemu (RO = 7,7, 95 % IZ: 3–19,2;  $p < 0,001$ ). Pacienti, ki imajo razjedo na amputacijskem krnu, imajo boljše možnosti za zacelitev (RO = 0,2, 95 % IZ: 0,1–0,6;  $p = 0,004$ ) kot pacienti, pri katerih je razjeda nastala zaradi različnih vzrokov. Več možnosti za prisotnost razjede ob odpustu imajo tudi pacienti z večjim številom razjed (RO = 4,7, 95 % IZ: 1–22,3;  $p = 0,05$ ).

V raziskavi smo ugotovili, da pacienti, ki pri hoji s protezo uporabljajo dodatno oporo, nimajo večjih možnosti za nastanek razjede na krnu kot ostali pacienti (RO = 0,2, 95 % IZ: 0–1;  $p = 0,054$ ). Tudi ITM ne vpliva na nastanek in celjenje razjede ( $p = 0,987$ ).

## Diskusija

Vse razjede na krnu nimajo enakega vzroka nastanka. Najpogosteje je razjeda nastala zaradi podaljšane celjenja pooperativne brazgotine ali hoje s protezo. Tema vzrokoma sledi hoja s pripomočkom kot predstopnja treninga hoje s protezo. Avtorji raziskave, ki je potekala v Združenih državah Amerike, opisujejo težaveskožo na krnu v povezavi z uporabo proteze v 51 % (Yang et al., 2012). Highsmith et al. (2016) opisujejo težave s kožo na krnu, povezano z uporabo proteze, celo pri 75 % pacientov. V starejših raziskavah so opisovali pojavnost razjed na koži krna med 30 in 43 % (Meulenbelt, Dijkstra, Jonkman, & Geertzen, 2006; Wadwhani, 2007; Meulenbelt, Dijkstra, Jonkman, & Geertzen, 2009; Guo & DiPietro, 2010; Meulenbelt, 2010). V naši raziskavi so imeli pacienti razjedo na krnu, ki je nastala zaradi različnih vzrokov, v 54,5 %, kar je manj, kot so opisali Highsmith et al. (2016). Zapleti pri celjenju razjede pri pacientih po amputaciji nastanejo pri 13,4 % primerih, od tega 10,3 % pri pacientih po transfemoralni amputaciji in 19,5 % pri pacientih po transtibialni amputaciji (Polfer et al., 2014; Koichi et al., 2018).

Ugotovili smo, da dodatna opora pri hoji s protezo, ki jo predstavljajo različni tipi hodulj ali podlaketne berge, ne vpliva na celjenje razjede na koži krna.

**Tabela 2:** Povezava med značilnostmi pacienta, dejavniki tveganja in prisotnostjo razjede ob odpustu**Table 2:** The association between the characteristics of the patient, risk factors, and the presence of ulcers at discharge

| Značilnosti vzorca             | Razjeda ob odpustu / Ulcer at discharge |      |      |          |      |      | pRO | 95 % IZ   | p        |
|--------------------------------|---|------|------|----------|------|------|-----|-----------|----------|
|                                | Ne / No                                 |      |      | Da / Yes |      |      |     |           |          |
|                                | n                                       | %    | s    | n        | %    | s    |     |           |          |
| Spol                           |   |      |      |          |      |      |     |           |          |
| Moški                          | 29                                      | 93,5 | /    | 65       | 72,2 | /    | 1   | /         | /        |
| Ženski                         | 2                                       | 6,5  | /    | 25       | 27,8 | /    | 4,8 | 1; 22,1   | 0,043*   |
| Povprečna starost              | 67,5                                    | /    | 11,9 | 69,2     | /    | 12,3 | 1   | 1; 1      | 0,681    |
| Povprečen ITM/BMI              | 28                                      | /    | 5,6  | 27,4     | /    | 5,2  | 1   | 0,9; 1,1  | 0,987    |
| Sladkorna bolezen              |   |      |      |          |      |      |     |           |          |
| Ne                             | 10                                      | 32,3 | /    | 34       | 37,8 | /    | /   | /         | /        |
| Da                             | 21                                      | 67,7 | /    | 56       | 62,2 | /    | 0,8 | 0,3; 2    | 0,64     |
| Hoja                           |   |      |      |          |      |      |     |           |          |
| Ne                             | 3                                       | 9,7  | /    | 32       | 35,6 | /    | 1   | /         | /        |
| Z oporo                        | 26                                      | 83,9 | /    | 54       | 60   | /    | 0,2 | 0; 1      | 0,054    |
| Brez opore                     | 2                                       | 6,5  | /    | 4        | 4,4  | /    | 0,2 | 0; 1,5    | 0,118    |
| Prisotnost razjede ob sprejemu |   |      |      |          |      |      |     |           |          |
| Da                             | 11                                      | 35,5 | /    | 74       | 82,2 | /    | 7,7 | 3; 19,2   | < 0,001* |
| Ne (nastala v bolnici)         | 20                                      | 64,5 | /    | 16       | 17,8 | /    | 1   | /         | /        |
| Št. razjed                     |   |      |      |          |      |      |     |           |          |
| 1                              | 29                                      | 93,5 | /    | 69       | 76,7 | /    | 1   | /         | /        |
| 2                              | 2                                       | 6,5  | /    | 21       | 23,3 | /    | 4,7 | 1; 22,3   | 0,05*    |
| Mediana površina večje razjede | 1,5                                     | /    | /    | 2        | /    | /    | 1   | 0,9; 1,2  | 0,477    |
| Razpon                         | 0,2-12                                  | /    | /    | 0,1-52,5 | /    | /    | /   | /         | /        |
| Razjeda na krnu                |   |      |      |          |      |      |     |           |          |
| Da                             | 24                                      | 77,4 | /    | 41       | 45,6 | /    | 0,2 | 0,1; 0,6  | 0,004*   |
| Ne                             | 7                                       | 22,6 | /    | 49       | 54,4 | /    | 1   | /         | /        |
| Razjeda zaradi pritiska        |   |      |      |          |      |      |     |           |          |
| Da                             | 1                                       | 3,2  | /    | 20       | 22,2 | /    | 6,9 | 0,9; 55,2 | 0,07     |
| Ne                             | 30                                      | 96,8 | /    | 70       | 77,8 | /    | 1   | /         | /        |
| Povprečen FIM ob sprejemu      | 62,7                                    | /    | 9,6  | 56,7     | /    | 15,7 | 1   | 0,9; 1    | 0,118    |
| Povprečen FIM ob odpustu       | 72                                      | /    | 9,7  | 64,4     | /    | 15,6 | 0,9 | 0,9; 1    | 0,061    |

Legenda / Legend: n – število / number; pRO – prilagojeno razmerje obetov na dolžino hospitalizacije / adjusted odds ratio to length of hospitalization; IZ – interval zaupanja / confidence interval; p – statistična značilnost / statistical significance; s – standardni odklon / standard deviation; ITM / BMI – indeks telesne mase / body mass index; FIM – lestvica funkcijske neodvisnosti / functional independent measurement; % – odstotek / percentage

Pričakovali bi, da bi se pri pacientih, ki hodijo z dodatno oporo (hodulja, komolčni bergli), razjeda na krnu kljub hoji lahko zacetila. Nekateri avtorji so opisovali nastanek razjede ob prvi aplikaciji proteze kot posledico pritiska in hoje s protezo (Meulenbelt, 2010; Price et al., 2015; Kamrad et al., 2020). V eni od starejših raziskav so Salawu, Middleton, Gilbertson, Kodavali, & Neumann (2006) ugotovili, da uporaba proteze in hoja z njo ne vplivata na celjenje razjede, zato v primeru nastanka razjede na krnu ni treba prekiniti hoje. Prav tako naj bi podaljšano celjenje pooperativne brazgotine po amputaciji ne izključevalo opremljanja pacienta s protezo in nadaljnje rehabilitacije. Meulenbelt (2010) je ugotavljal, da težave s kožo krna vplivajo na čas, ko pacient uporablja protezo. Če ima pacient razjedo na krnu, je hoja s protezo možna v primeru, da je razjeda manjša, ali v primeru, da

pacient nima dodatnih obolenj, ki bi podaljšala njeno celjenje (Highsmith et al., 2016).

Povprečni ITM pacientov, vključenih v raziskavo, se bliža vrednosti ITM, ki opredeljuje povečano telesno maso. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da ne pričakujemo vplivov na celjenje razjede pri pacientih, ki imajo zvišan ITM, in pri pacientih s SB. Pričakovali bi, da ITM ob hoji s protezo ali pripomočkom za hojo ob neugodnih pogojih v proteznem ležišču vpliva na nastanek ali celjenje razjede na koži krna. Hasanadka et al. (2011) so ITM opisovali kot dejavnik tveganja za nastanek razjede na tranfemorálnem nivoju amputacije. Prav tako stiskanje tkiv v proteznem ležišču v povezavi s strižnimi silami predstavlja dobro popotnico za nastanek razjede na krnu (Price et al., 2015).

Dodatno pozornost pri negi razjede posvečamo pacientom, ki imajo tudi pridruženo PAB ali SB, ki naj bi vplivala na uspešnost celjenja pooperativne brazgotine ali celjenje poškodbe kože krna zaradi pritiska ob nošenju proteze (Meulenbelt, 2010; Mills et al., 2014; Urbančič & Slak, 2017; Armstrong & Meyr, 2018b), kar opisujejo tako v starejših (Meulenbelt, 2006; Wadwahani, 2007) kot v novejših raziskavah (Kamrad et al., 2020). Meulenbelt et al. (2009) so SB opisovali kot dejavnik, ki ne vpliva na nastanek razjede. Nekateri avtorji opisujejo prisotnost SB kot dejavnik, povezan z zmanjšanim tveganjem za nastanek razjede (Guo & DiPietro, 2010; Mills et al., 2014; Armstrong, & Meyr, 2018b), kar je ugotovljeno tudi v izvedeni raziskavi.

Povprečna starost pacientov, vključenih v raziskavo, je bila 68,3 leta, kar Meulenbelt (2010) opisuje kot dejavnik, ki ne vpliva bistveno na celjenje razjede. Moore et al. (2014) so ugotovili, da se s staranjem prebivalstva veča verjetnost za nastanek razjede, česar v izvedeni raziskavi nismo potrdili. Populacija, zajeta v vzorec, je starejša od 65 let: moški so bili v povprečju stari 66,7 leta, ženske celo 72,1 leta. O vplivu starosti in spola na celjenje razjed so poročali tudi drugi avtorji (Guo & DiPietro, 2010; Meulenbelt, 2010; Reiber et al., 2010; Salomé et al., 2016; Diniz et al., 2019).

Ugotovili smo, da je pri ženskah manjša možnost, da bo razjeda ob odpustu zaceljena, kot pri moških. Podobno so ugotovili tudi Koichi et al. (2018). O tem, da spol vpliva na podaljšano celjenje razjede, so poročali Guo & DiPietro (2010), Salomé et al. (2016) ter Diniz et al. (2019). Moški spol kot dejavnik, ki zmanjšuje verjetnost za nastanek težav s kožo na krnu, so opisovali Meulenbelt et al. (2009). Nadalje je Meulenbele (2010) ugotavljal, da pri ženskah težave s kožo na krnu vplivajo tudi na njihov poklic in hobije.

Ugotovili smo, da pri razjedah, nastalih med rehabilitacijo, lahko pričakujemo, da se bodo do konca rehabilitacije zacelile. Pacienti so v rehabilitacijski ustanovi nenehno pod nadzorom tako zdravnika, fizioterapevta, inženirja ortotike in protetike kot tudi medicinskih sester, ki negujejo nastalo razjedo na koži krna. Oskrba razjede poteka po standardu za nego razjede. Prav tako se spremlja gibanje površine in globine razjede, kar je dokumentirano v protokolu spremljanja razjed. To omogoča pravočasno ukrepanje ob nepredvideni upočasnitvi celjenja ali celo poslabšanju celjenja razjede. V poteku rehabilitacije se srečujemo z nastankom razjede, ki se ob razbremenjevanju kože krna pogosto sorazmerno hitro zaceli.

Kot je že bilo ugotovljeno, so slabša pričakovanja za uspešnost celjenja razjed pri ženskah in pri pacientih, pri katerih je bila razjeda prisotna že ob sprejemu v rehabilitacijsko ustanovo. Pri slednjih lahko pričakujemo, da se razjeda do konca rehabilitacije ne bo zacelila. Te razjede praviloma segajo globlje v podkožje in imajo pogosto obsežne fibrinske obloge. Pri taki razjedi moramo najprej vzpostaviti pogoje za celjenje, šele potem lahko pričakujemo začetek procesa celjenja.

Prav tako je pomembno tudi število razjed, saj obstaja pri pacientih z več kot eno razjedo večja verjetnost, da bo razjeda ob odpustu še prisotna. Pogosto je lokacija teh razjed na prstih preostale noge. Vzrok nastanka je v prizadetosti žilja kot posledici PAB. Če se slednji pridružita še SB in kajenje, je verjetnost zacelitve razjede manjša (Hasanadka et al., 2011; Whiting et al., 2011; Anderson et al., 2012; Liu et al., 2018).

Omejitev raziskave je v majhnem vzorcu vključenih pacientov. Podatke bi bilo treba razširiti na daljše časovno obdobje. Raziskavo bi lahko omejili samo na mesto in vzrok nastanka (razjeda na amputacijskem krnu, nastala zaradi treninga hoje z različnimi pripomočki za hojo). Omejitev raziskave je tudi v neenakosti vzorcev glede na spol, saj je bilo razmerje med moškimi in ženskami z razjedo, ki je nastala zaradi različnih vzrokov, na strani moških. Prisotnost kajenja, ki je v literaturi opisano kot pomemben dejavnik nastanka periferne arterijske bolezni in predstavlja tveganje za nastanek razjede na koži krna, bi bilo treba natančneje spremljati. Ena izmed omejitev raziskave je tudi, da vanjo nista vključeni meritev dolžine prehojene poti, ko je razjeda na amputacijskem krnu nastala, ali vrsta proteze, ki jo pacient uporablja.

## Zaključek

V raziskavi smo ugotovili, da moramo biti v primeru prisotnosti razjede na krnu bolj pozorni pri ženskah, pri pacientih, pri katerih je bila razjeda prisotna že ob sprejemu, in pri tistih pacientih, ki imajo več razjed. V različnih bazah podatkov je precej raziskav, ki opisujejo podaljšano celjenje operativne brazgotine in vzroke zanje – vsaj pri pacientih s SB. Na voljo pa je le malo raziskav, ki proučujejo vzroke za nastanek razjede na krnu med rehabilitacijo. Zato bi bilo treba izvesti raziskavo na večjem številu pacientov po amputaciji. Prav tako bi bilo treba zelo natančno opredeliti parametre, ki bi jih spremljali.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

## Financiranje / Funding

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

## Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Raziskavo je odobrila etična komisija ustanove, številka sklepa 10/2018. / The study was

conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014). The study was approved by the Institutional Ethical Committee (number 10/2018).

## Prispevek avtorjev / Author contributions

Avtorica je zasnovala in izvedla raziskavo ter pripravila članek za objavo. / The author conceptualised and performed the study and prepared the article for publishing.

## Literatura

- Anderson, J. J., Boone, J., Hansen, M., Spencer, L., & Fowler, Z. (2012). A comparison of diabetic smokers and non-diabetic smokers who undergo lower extremity amputation: A retrospective review of 112 patients. *Diabetic Foot & Ankle*, 3, 1–4. <https://doi.org/10.3402/dfa.v3i0.19178> PMID:23082237; PMCID:PMC3474996
- Anugraha, A., Jehangir, N., Alqubaisi, M., Rafee, A., Kurdy, N., & Pillai, A. (2020). End-capping of amputation stump with a local antibiotic containing hydroxyapatite bio-composite: A report of 13 cases with chronic lower limb osteomyelitis. *Journal of Orthopaedics*, 17, 124–126. <https://doi.org/10.1016/j.jor.2019.11.007> PMID:31879490; PMCID:PMC6919344
- Armstrong, D. G., & Meyr, A. J. (2018a). Basic principles of wound management. *UpToDate*. Retrieved December 4, 2018 from <https://www.uptodate.com/contents/basic-principles-of-wound-management/print>
- Armstrong, D. G., & Meyr, A. J., (2018b). Risk factors for impaired wound healing and wound complications. *UpToDate*. Retrieved December 4, 2018 from <https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-impaired-wound-healing-and-wound-complications>
- Bommer, C., Heesemann, E., Sagalova, V., Manne-Goehler, J., Atun, R., Bärnighausen, T., & Vollmer, S. (2017). The global economic burden of diabetes in adults aged 20–79 years: A cost of illness study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(6), 423–430. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(17\)30097-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30097-9) PMID:28456416
- Brown, A. (2015). Phases of the wound-healing process. *Nursing times*, 111(46), 12–13.
- Cavassan, N. R. V., Camargo, C. C., Pontes, L. G., Barraviera, B., Ferreira, R. S., Miot, A. M., Abbade L. P. F., & Delazari dos Santos, L. (2018). Correlation between chronic venous ulcer axudate proteins and clinical profile: A cross sectional study. *Journal of Proteomics*, 192, 280–290. <https://doi.org/10.1016/j.jprot.2018.09.009> PMID:30261322
- Diniz, I. V., de Oliveira, P. S., Santos, I. C. R. V., de Oliveira Matos, S. D., Costa, I. K. F., Costa, M. M. L., & Oliveira Soares, M. J. G. (2019). Factors associated with non-traumatic amputation in people with diabetes mellitus: A cross-sectional study. *Review Electronic Enfermera*, 21, 1–9. <https://doi.org/10.5216/ree.v21.52484>
- Frykberg, R. G., & Banks, J. (2015). Challenges in the treatment of chronic wounds. *Advances in Wound Care*, 4(9), 560–582. <https://doi.org/10.1089/wound.2015.0635> PMID:26339534; PMCID:PMC4528992
- Guest, J. F., Ayoub, N., McIlwraith, T., Julian, F., Uchegbu, I., Gerrish, A., Weidlich, D., Vowden, K., & Vowden, P. (2015). Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. *BMJ Open*, 5(12), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009283> PMID:26644123; PMCID:PMC4679939
- Guo, S., & DiPietro, L. A. (2010). Factors affecting wound healing. *Journal of Dental Research*, 89(3), 219–229. <https://doi.org/10.1177/0022034509359125> PMID:20139336; PMCID:PMC2903966
- Hall, J., Buckley, H. L., Lamb, K., Stubbs, N., Saramago, P., Dumville, J. C., & Cullum, N. A. (2014). Point prevalence of complex wounds in a defined United Kingdom population. *Wound Repair Regen*, 22 (6), 694–700. <https://doi.org/10.1111/wrr.12230> PMID:25224463
- Hasanadka, R., McLafferty, R. B., Moore, C. J., Hood, D. B., Ramsey, D. E., & Hodgson, K. J. (2011). Predictors of wound complications following major amputation for critical limb ischemia. *Journal of Vascular Surgery*, 54(5), 1374–1382. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2011.04.048> PMID:21840153
- Heyer, K., Herberger, K., Protz, G., & Glaeske, M. A. (2016). Epidemiology of chronic wounds in Germany: Analysis of statutory health insurance data. *Wound Repair Regen*, 24(2), 434–442. <https://doi.org/10.1111/wrr.12387> PMID:26609788
- Highsmith, M. J., Kahle, J. T., Klenow, T. D., Andrews, C. R., Lewis, K. L., Bradley, R. C. ... Highsmith, J. T. (2016). Interventions to manage residual limb ulceration due to prosthetic use in individuals with lower extremity amputation: A systematic review of the literature. *Technology and Innovation*, 18(2/3), 115–123. <https://doi.org/10.21300/18-2-3.2016.115> PMID:28066521; PMCID:PMC5218523
- Iqbal, A., Jan, A., Wajid, M. A., & Tariq, S. (2017). Management of chronic non-healing wounds by hirudotherapy. *Wound Journal of Plastic Surgery*, 6(1), 9–17.



- Junichi, S., Shigerz, S., Kazuyoshi, H., Takashi, U., Tsukasa, S., Ryui, H. ... Saito, N. (2012). A retrospective, longitudinal study to evaluate healing lower extremity wounds in patients with diabetes mellitus and ischemia using standard protocols of care and platelet-rich plasma gel in a Japanese Wound Care Program. *Ostomy Wound Management*, 58(4), 36–49.  
PMid:22466132
- Kamrad, I., Söderberg, B., Örneholm, H., & Hagberg, K. (2020). SwedeAmp-the Swedish amputation and prosthetics registry: 8-year data on 5762 patients with lower limb amputation show sex differences in amputation level and in patient-reported outcome. *Acta Orthopaedica*, 91(4), 464–470.  
<https://doi.org/10.1080/17453674.2020.1756101>  
PMid:32316805
- Koichi, M., Terutoshi, Y., & Kazuomi, I. (2018). Risk factors for wound complications and 30-day mortality after major lower limb amputations in patients with peripheral arterial disease. *Vascular*, 26(1), 12–17.  
<https://doi.org/10.1177/1708538117714197>  
PMid:28587576
- 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
- Liu, M., Zhang, W., Yan, Z., & Yuan, X. (2018). Smoking increases risk of diabetic foot amputation: A meta-analysis. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 15(2), 1680–1685.  
<https://doi.org/10.3892/etm.2017.5538>
- Meulenbelt, H. E. J. (2010). *Skin problems of the stump in lower limb amputees* (pp. 128–131). University of Groningen, Groningen.
- Meulenbelt, H. E. J., Dijkstra, P. U., Jonkman, M. F., & Geertzen, J. H. B. (2006). Skin problems in lower limb amputees: A systematic review. *Disability & Rehabilitation*, 28(10), 603–608.  
<https://doi.org/10.1080/09638280500277032>  
PMid:16690571
- Meulenbelt, H. E. J., Geertzen, J. H., Jonkman, M. F., & Dijkstra, P. U. (2009). Determinants of skin problems of the stump in lower limb amputees. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(1), 74–81.  
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2008.07.015>  
PMid:19154832
- Meulenbelt, H. E. J., Geertzen, J. H., Jonkman, M. F., & Dijkstra, P. U. (2011). Skin problems of the stump in lower limb amputees: 1.a clinical study. *Acta Dermato Venereologica*, 91(2), 173–177.  
<https://doi.org/10.2340/00015555-1040>  
PMid:21290085
- Mills, J. L., Conte, M. S., Armstrong, D. G., Pomposelli, F. B., Schanzer, A., Sidawy, A. N., & Andros, G. (2014). The society for vascular surgery lower extremity threatment limb classification system: Risk stratification based on wound ischemia, and foot infection (Wlfi). *Journal of Vascular Surgery*, 59(1), 220–234.  
<https://doi.org/10.1016/j.jvs.2013.08.003>  
PMid:24126108
- Moore, Z., Butcher, G., Corbett, L. Q., McGuinness, W., Snyder, R. J., & van Acker, K. (2014). Exploring the concept of a team approach to wound care: Managing wounds as a team. *Journal of Wound Care*, 23(Suppl. 5b), S1–S38.  
<https://doi.org/10.12968/jowc.2014.23.Sup5b.S1>  
PMid:25191792
- Nealon, R. S., Howe, P. R., Jansen, L., Garg, M., & Wong, R. H. (2017). Impaired cerebrovascular responsiveness and cognitive performance in adults with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 31(2), 462–467.  
<https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2016.06.025>  
PMid:27431891
- Newbern, S. (2018). Identifying pain and effects on quality of life from chronic wounds secondary to lower-extremity vascular disease: An integrative review. *Advances in Skin & Wound Care*, 31(3), 102–108.  
<https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000530069.82749.e5>  
PMid:29438143
- Oliverio, J., Gero, E., Whitacre, K. L., & Rankin, J. (2016). Wound care algorithm: Diagnosis and treatment. *Advances in Skin & Wound Care*, 29(2), 65–72.  
<https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000473132.88076.af>  
PMid:26765158
- Pađen, L. (2014). Kakovost življenja bolnika s kronično razjedo. In: D. M. Smrke & Nikolič J. (Eds.), *9. simpozij o ranah – sodobni pristopi za učinkovito zdravljenje okuženih kirurških in kroničnih ran*, Portorož, 24. do 25. april, 2014 (pp. 91–95). Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške okužbe, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana.
- Pastar, I., Stojadinovic, O., Yin, N. C., Ramirez, H., Nusbaum, A. G., Sawaya, A. ... Tomic-Canic, M. (2014). Epithelialization in wound healing: A comprehensive review. *Advances in Wound Care (New Rochelle)*, 3(7), 445–464.  
<https://doi.org/10.1089/wound.2013.0473>  
PMid:25032064; PMCID:PMC4086220
- Polfer, E. M., Hoyt, B. W., Senchak, L. T., Murphey, M. D., Forsberg, J. A., & Potter, B. K. (2014). Fluid collections in amputations are not indicative or predictive of infection. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 472(10), 2978–2983.  
<https://doi.org/10.1007/s11999-014-3586-x>  
PMid:24691841; PMCID:PMC4160471

- Price, B., Moffatt, B., & Crofts, D. (2015). Managing patients following a lower limb amputation. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3), 26–33.
- Raya, M. A., Gailey, R. S., Fiebert, I. M., & Roach, K.E. (2010). Amputation impairment variables predicting activity limitation in individuals with lower limb. *Prosthetics and Orthotics International*, 34(1), 73–83.  
<https://doi.org/10.3109/03093640903585008>  
PMid:20196689
- Reiber, G. E., McFarland, L. V., Hubbard, S., Maynard, C., Blough, D. K., Gambel, J. M., & Smith, D. G. (2010). Servicemembers and veterans with major traumatic limb loss from Vietnam war and OIF/OEF conflicts: Survey methods, participants, and summary findings. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 47(4), 275–298.  
<https://doi.org/10.1682/JRRD.2010.01.0009>  
PMid:20803399
- Rink, C., Wernke, M. M., Powell, H. M., Gynawali, S., Schroeder, R. M., Kim, J. Y. ... Chandan, S. K. (2016). Elevated vacuum suspension preserves residual-limb skin health in people with lower-limb amputation: Randomized clinical trial. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 53(6), 1121–1132.  
<https://doi.org/10.1682/JRRD.2015.07.0145>  
PMid:28355039
- Rocha, D. M., Bezerra, S. M. G., Andrade, E. M. L. R., Santos, A. M. R., & Nogueira, L. T. (2019). Quality of life of people with chronic wounds. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(2), 1–9.
- Salomé, G. M., Almeida, S. A., Pereira, M. T. J., Massahud, M. R., Moreira, C. N., Brito, M. J. ... Masako, L. (2016). The impact of venous leg ulcers on body image and self-esteem. *Advances in Skin & Wound Care*, 29(7), 316–321.  
<https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000484243.32091.0c>  
PMid:27300362
- Salawu, A., Middleton, C., Gilbertson, A., Kodavali, K., & Neumann, V. (2006). Stump ulcers and continued prosthetic limb use. *Prosthetics and Orthotics International*, 30(3), 279–285.  
<https://doi.org/10.1080/03093640600836139>  
PMid:17162518
- Tabatabaei-Malazy, O., Mohajeri-Tehrani, M. R., Pajouhi, M., Shojaei Fard, A., Amini, M. R., & Larijani, B. (2010). Iranian diabetic foot research network. *Advances in Skin & Wound Care*, 23(10), 450–454.  
<https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000383222.79771.93>  
PMid:20859075
- Turns, M. (2011). The diabetic foot: An overview of assessment and complications. *British Journal of Nursing*, 20(15), S19–S25.  
<https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.Sup8.S19>  
PMid:21841646
- Urbančič, V., & Slak, M. (2017). *Pregled diabetičnega stopala*. Retrieved November 16, 2018 from <http://endodiab.si/priporočila/diabetična-noga/pregled-stopala/>
- Wadwhani, S. (2007). *Prevalence of stump problems in a community sample of lower limb amputees*. Leeds: Leeds Medical School SSM project.
- Whiting, D. R., Guardiguata, L., Weil, C., & Shaw, J. (2011). IDF diabetes atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 94(3), 311–321.  
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.10.029>  
PMid:22079683
- 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), 2191–2194. Retrieved from <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>  
PMid:24141714
- Yang, N. B., Garza, L. A., Foote, C. E., Sewon Kang, S., & Meyerle, J. H. (2012). High prevalence of stump dermatoses 38 years or more after amputation. *Archives of Dermatology*, 148(11), 1283–1286.  
<https://doi.org/10.1001/archdermatol.2012.3004>  
PMid:23165833; PMCID:PMC4429883
- Zhang, P., Lu, J., Jing, Y., Tang, S., Zhu, D., & Bi, Y. (2017). Global epidemiology of diabetic foot ulceration: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Medicine*, 49, 106–116.  
<https://doi.org/10.1080/07853890.2016.1231932>  
PMid:27585063

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Petkovšek-Gregorin, R. (2021). Razjede in njihovo celjenje pri pacientih po amputaciji. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), 76–84.  
<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.2987>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

## Zasnova prototipa informacijskega sistema za klinično pot otročnice in novorojenca v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju

Information system prototype design of the clinical pathway of mothers and newborns in the postpartum and postnatal period

Uroš Višič<sup>1, \*</sup>, Boštjan Žvanut<sup>2</sup>

**Ključne besede:** zdravstvena vzgoja; zdravstvena nega; dokumentiranje; kakovost; obravnava

**Key words:** health education; nursing; documentation; quality; treatment

<sup>1</sup> Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ginekološka klinika, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana, Slovenija

<sup>2</sup> Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

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

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Uroša Višiča *Zasnova prototipa informacijskega sistema za učinkovito klinično pot porodnice v času hospitalizacije* (2017).

### IZVLEČEK

**Uvod:** Klinična pot je metodologija, ki celotnemu zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na primerih dobre prakse utemeljeno obravnavo, spremljanje opravljenega dela ter poenoteno in poenostavljeno dokumentiranje. Cilj je bil identificirati klinično pot za učinkovito obravnavo otročnice in razviti prototip informacijskega sistema, ki bi olajšal izvajanje omenjene poti.

**Metode:** S sistematičnim pregledom literature je bila identificirana obstoječa klinična pot. Z metodo modeliranja in s strukturiranimi intervjuji šestih deležnic v fokusni skupini je bil oblikovan prototip informacijskega sistema. Evalviran je bil s prepoznavanjem vzorcev in ključnih tem iz kliničnega okolja.

**Rezultati:** Kriteriji presojanja deležnic fokusne skupine pri evalvaciji prototipa kažejo, da lahko prototip informacijskega sistema ustrezno podpre omenjeno klinično pot. Predlogi za izboljšavo, ki so jih podale deležnice fokusne skupine, so bili v razviti prototip vključeni naknadno.

**Diskusija in zaključek:** Za obravnave znotraj sistema klinične poti v zgodnjem poporodnem obdobju so pomemben vezni člen prav medicinske sestre. Z uvedbo obravnave po sistemu klinične poti, ki je podprta s predlaganim informacijskim sistemom, se lahko bistveno izboljša način dokumentiranja obravnave pri izvajanju omenjene klinične poti. Z reduciranjem nepotrebnega dvojnega beleženja bi medicinske sestre pridobile več časa, ki bi ga lahko koristneje porabile.

### ABSTRACT

**Introduction:** Clinical pathway is a methodology that enables all members of a healthcare team to practise rational and well-considered treatment that is based on good practice, as well as monitoring of the work and simplified documentation. The aim of this study was to identify the clinical pathway for an effective treatment of mothers in neonatal period and develop a prototype of the information system that would facilitate the implementation of this path.

**Methods:** A literature review identified an existing clinical pathway. A prototype of the information system was designed using a modeling method and structured interviews with 6 focus group participants. The prototype was evaluated by identifying patterns and key topics from the clinical settings.

**Results:** Judgement criteria of focus group participants for prototype evaluation indicate that the information system prototype can adequately support the presented clinical pathway. Improvements made by focus group participants were subsequently incorporated into the developed prototype.

**Discussion and conclusion:** Nurses represent an important connection in treatments within the clinical pathway system in the early postnatal period. By introducing treatment of the clinical pathway system, which is supported by the proposed information system, the method of documenting treatments in the implementation of the clinical pathway can be significantly improved. By reducing unnecessary double recording, nurses would gain time and use it more efficiently.



Prejeto / Received: 27. 4. 2019  
Sprejeto / Accepted: 18. 5. 2021

<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.2975>

## Uvod

Informacijski sistem je urejen in organiziran sistem, ki uporabnikom zagotavlja dostop do vseh potrebnih informacij za odločanje. Osnovne dejavnosti informacijskega sistema so zbiranje, shranjevanje, obdelava in posredovanje rezultatov končnim uporabnikom (Yang, 2012). Klinična pot predstavlja sodoben način zdravstvene obravnave za točno določeno skupino na različnih ravneh zdravstvenega varstva in po vnaprej zastavljenem vrstnem redu (Štrumbelj & Lučovnik, 2014).

Gre za metodologijo v sistemu zdravstvenega varstva, ki omogoča shematsko obravnavo, spremljanje opravljenega dela, natančnejše dokumentiranje in tudi lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. Klinična pot je strukturiran multidisciplinarni načrt s posameznimi koraki za obravnavo specifičnih kliničnih problemov in predstavlja sodobno zdravstveno dokumentacijo (Wang, 2012; Gan, Mao, & Huang, 2013; Štrumbelj & Lučovnik, 2014). Z ustrezno definirano klinično potjo lahko na podlagi primerov dobre prakse uvedemo tudi kazalnike kakovosti. Način obravnave po sistemu klinične poti napoveduje izid posameznih izvedb intervencij in dejavnosti (Yang, 2012; Vreček, 2016). Razvoj kliničnih poti so spodbujale ravno medicinske sestre, saj so na podlagi obravnav prepoznale pomen vloge zdravstvene nege. Uveljavilo se je učinkovitejše dokumentiranje, razvijanje timskega dela in dvigovanje prepoznavnosti dela (Yang, 2012; Šavara, 2013; Zaletel, 2014). Skladno s tem izvajalci svoje delo lažje opravljajo na visokem strokovnem in profesionalnem nivoju (Starc, 2014).

Obravnavo po sistemu klinične poti zahteva dejavno vključevanje skozi celoten proces obravnave, s tem pa večjo učinkovitost in krajšo ležalno dobo (Hunter & Segrott, 2014; Vreček, 2016). Medicinske sestre z zdravstvenovzgojnim delom posredujejo nova znanja in spretnosti za nadaljnjo samostojno skrb (Štrumbelj & Lučovnik, 2014; Zaletel, 2014). Klinična pot predstavlja neko vrsto organizacijske strategije. Za oblikovanje klinične poti je potrebno sistematično načrtovanje ukrepov, in sicer z določitvijo območja prakse, oblikovanjem multidisciplinarnega tima, opredelitvijo pacientov in določitvijo skupnih diagnoz ali stanj, pregledom literature in kliničnega okolja, osnovanjem razvoja in izvajanjem klinične poti, vrednotenjem izidov (Šavara, 2013). Za smiselno oblikovanje prototipa informacijskega sistema je treba upoštevati določene zahteve, tudi klinične smernice za obravnavo (Gan et al., 2013). Uvedba klinične poti je le dobra priložnost za vpeljavo standardne terminologije na področju zdravstvene nege in ostalih zdravstvenih področij, ki so povezana z določeno klinično potjo (Šavara, 2013).

Da je otročnica po porodu lahko obravnavana po že uveljavljenem sistemu klinične poti, morajo biti izpolnjeni določeni pogoji. Če nastopijo komplikacije (krvavitev, okužba), lahko obravnavo po sistemu

klinične poti kadar koli prekinemo in nadaljujemo s standardizirano medicinsko obravnavo. Pogoji za obravnavo po sistemu klinične poti – izključno po vaginalnem porodu – so (Steblovnik & Kavšek, 2013):

- vrednost sistoličnega krvnega tlaka manj kot 140 mmHg;
- vrednost diastoličnega krvnega tlaka več kot 80 mmHg;
- vrednost srčne frekvenca manj kot 90 utripov na minuto;
- vrednost telesne temperature pod 37 °C;
- izguba krvi < 500 ml ob porodu, minimalna krvavitev ob premestitvi iz porodne sobe;
- vrednost hemoglobina pri kapilarnem odvzemu krvi vsaj 100 mg/l;
- skrčenost maternice;
- stanje zavesti brez odstopanj;
- odsotnost bolezni, kot so preeklampsija, gestacijska hipertenzija, gestacijska sladkorna bolezen, bolezen jeter, motnje koagulacije;
- odsotnost psihiatričnih bolezni;
- odsotnost kroničnih bolezni;
- med porodom ni raztrganja presredka 3. ali 4. stopnje.

### Namen in cilji

Ker za beleženje opravljenih nalog pri otročnici in novorojencu v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju ne obstaja informacijski sistem, ki bi učinkovito podprl klinično pot otročnice in novorojenca, je bil cilj raziskave na podlagi že identificirane klinične poti otročnice in novorojenca razviti ustrezen prototip informacijskega sistema, ki bi olajšal beleženje opravljenih intervencij zdravstvene in babiške nege v klinični poti.

### Metode

V sistematičnem zaporedju posameznih faz smo zasnovali izvedbo. V začetni fazi je bila uporabljena deskriptivna raziskovalna metoda. S pomočjo pregleda strokovne in znanstvene literature, indeksirane v mednarodnih bazah podatkov, in obstoječe dokumentacije v kliničnem okolju smo določili omenjeno klinično pot otročnice.

Sledila je faza modeliranja, v kateri smo razvili predlagan prototip informacijskega sistema s programom Microsoft Access 2016. V fazi raziskave je sledila evalvacija obstoječega načina dokumentiranja s pomočjo intervjujev deležnikov v fokusni skupini in vključitev kriterijev presoje deležnikov za prototip informacijskega sistema za klinično pot otročnice in novorojenca.

### Opis instrumenta

Aplikacija ARIS (ang. *Architecture of integrated information system*) ureja, združuje in standardizira

metode modeliranja osnovnih značilnosti poslovnih procesov. Z omenjeno notacijo lahko izdelamo temeljit pregled stanj poslovnih procesov ter temeljito analizo zbranih podatkov. Modeli različnih poslovnih procesov omogočajo večkratno analizo doseganja učinkovitosti in usklajevanje projektov s strateškimi poslovnimi cilji. Prav tako pa vpeljuje procesno usmerjene organizacijske strukture in učinkovito integracijo informacijske tehnologije (Yang, 2012). Najpogosteje uporabljena tehnika modeliranja v okviru metodologije ARIS je dogodkovna procesna veriga. ARIS predstavlja model za enostavno osnivanje in oblikovanje poteka poslovnih procesov. Pametna zasnova omogoča, da so informacije o stanju hitro in enostavno dostopne na podlagi oblikovanega diagrama (Portillo, Hausmann, & Chouhan, 2016). Model nastane takoj po vnosu vseh potrebnih podatkov, ki so lahko variabilni. Modeliranje se pospeši z zagotavljanjem neposrednega dostopa do povezanih predmetov. Uporabniki lahko med drugim ustvarijo tudi model za ponovno uporabo (Yang, 2012; Portillo et al., 2016).

Za risanje klinične poti smo uporabili orodje ARIS Express. Posamezne ikone in njihova vloga pri oblikovanju posameznega diagrama predstavljajo zapis poslovnega procesa obravnave po sistemu klinične poti za otročnico in novorojenca v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju. Zapis predstavlja sistematično zaporedje obravnave klinične poti. Vse ikone so soodvisne, posamezna ikona pa predstavlja dejavnost v obravnavi.

Za razvoj prototipa informacijskega sistema smo uporabili orodje Microsoft Access 2016. V tem programu smo oblikovali podatkovni model in posamezne obrazce za obdelavo podatkov, potrebnih za obravnavo otročnice in novorojenca v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju. V obrazcu so zajeti podatki o zdravstveni negi otročnice, ki vključuje dejavnosti zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje. Obrazec omogoča beleženje vseh opravljenih intervencij in dejavnosti zdravstvene nege. V drugem obrazcu je zajeta zdravstvena nega novorojenca, ki vključuje beleženje vseh opravljenih intervencij in dejavnosti zdravstvene nege pri novorojencu v zgodnjem neonatalnem obdobju.

Vprašalnik, uporabljen v fazi identificiranja klinične poti, je služil kot vodilo intervjuja deleženk, pri čemer smo v prvem delu fokusno skupino spraševali:

- Ali lahko opredelijo nekaj zahtev za obravnavo otročnice po sistemu klinične poti?
- Kdo lahko obravnava otročnico, ki je vodena po sistemu klinične poti?
- Ali je vključenost zdravstvene nege v klinični poti pomembna? V katerem elementu bi klinično pot spremenili?

V fazi evalvacije pa so jim bila zastavljena naslednja vprašanja:

- Ali je mogoče oblikovani prototip informacijskega sistema za klinično pot otročnice uporabiti v kliničnem okolju?
- Ali je mogoče voditi evidenco izvedenih negovalnih intervencij in s tem tudi odstopanja in primere dobre prakse?
- Katere predloge bi podali za izboljšanje prototipa za podporo omenjeni klinični poti?

### Opis vzorca

V fokusni skupini je sodelovalo šest udeleženk – medicinskih sester. Pogoja za sodelovanje sta bila vsaj pet let delovne dobe na strokovnem področju in dnevno upravljanje z obravnavami v klinični poti. Štiri so imele visokošolsko, dve pa višješolsko izobrazbo. Njihova povprečna delovna doba je štirinajst let. Medicinske sestre, zaposlene v zdravstveni in babiški negi, izvajajo dejavnosti in intervencije zdravstvene in babiške nege pri otročnicah in novorojencih v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju. Seznanjene so s problematiko omenjenega delovnega področja, saj vodijo obravnave po sistemu klinične poti. Medicinske sestre dokazano dosledno in pravilno beležijo vse opravljene intervencije in dejavnosti zdravstvene in babiške nege med obravnavo. Intervjuvanke so individualno odgovarjale na zastavljena vprašanja, povezana z oblikovanjem prototipa informacijskega sistema in njegovo implementacijo v klinično okolje.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

S pomočjo pregleda strokovne in znanstvene literature, indeksirane v mednarodnih bazah podatkov, in obstoječe dokumentacije v kliničnem okolju smo določili omenjeno klinično pot (Cochrane, Cinahl, ScienceDirect, PubMed). Pregledali smo tudi relevantne spletne vire z omenjenega področja ter obstoječo dokumentacijo, ki se nanaša na klinično pot otročnice in novorojenca v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju. Uporabili smo naslednje ključne besede: *clinical pathway, postnatal period, informatic system, treatment, helath education*. Vključitveni kriteriji, ki smo jih pri pregledu upoštevali, so bili: dostopnost celotnega besedila, raziskovalni in / ali pregledni članek, objava članka med letoma 2010 in 2017.

Podrobnejše identificiranje omenjene klinične poti je potekalo v januarju 2017, ko so bili izvedeni intervjuji z zaposlenimi na kliničnem oddelku. Klinična pot je bila modelirana s pomočjo aplikacije za oblikovanje informacijskega sistema ARIS. Za izvedbo intervjujev je bil uporabljen vprašalnik z osmimi vprašanji odprtega tipa. Sledila je faza razvoja omenjenega prototipa z orodjem Microsoft Access 2016. Razviti prototip smo v februarju 2017 evalvirali s pomočjo intervjuvancev, strokovnjakov iz prakse, ki so neposredno povezani s klinično potjo. V obeh

fazah smo odgovore intervjuvancev sproti zapisovali ter upoštevali dodane predloge.

## Rezultati

Dosedanja obravnava obstaja samo v pisni obliki in je namenjena izključno obravnavi otročnice. Oblikovali smo informacijsko rešitev, dodali obravnava novorojenca v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju glede na izvedbo potrebnih intervencij in dejavnosti zdravstvene in babiške nege.

### *Identificirana klinična pot in razviti prototip informacijskega sistema*

Slika 1 prikazuje izsek iz omenjene klinične poti otročnice in s pomočjo aplikacije ARIS predstavlja sistematično zaporedje obravnave otročnice in novorojenca v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju. Predstavljeni so posamezni akterji, dogodki in dejavnosti, ki so značilni za posamezno obravnava. Zaposleni so zaradi definirane klinične poti pohvalili boljše definiranje intervencij zdravstvene nege ter podali predloge za izboljšanje prototipa.

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| SPREJEM NA ODDELEK:             | Dokumentacija otročnice, dokumentacija novorojenca, informacijska sistema (IS), HIPOKRAT, WEBPIS.  |
| POTEK OBRAVNAVE NA ODDELKU:     | Naročilo ustrezne oblike prehrane v IS Webpis; kategorizacija obravnave otročnice in novorojenca; pregled in izpolnjevanje dokumentacije otročnice in novorojenca; obrazec za klinično pot otročnice; temperaturni list novorojenca. |
| ZAKLJUČEK HOSPITALNE OBRAVNAVE: | Ginekološka in pediatrična vizita; priprava odpustne dokumentacije (otročnica in novorojenec); obveščanje patronažne službe; pisna in ustna navodila ob odpustu v domačo oskrbo.   |

**Slika 1:** *Proces »Obravnava otročnice po sistemu klinične poti na kliničnem oddelku«*

**Figure 1:** *Process "Care of mother according to the clinical pathway system at a clinical department"*

Uporabnik se v program vpiše z dodeljenim uporabniškim imenom in geslom. Povezava prototipa informacijskega sistema je mogoča tudi z ostalimi podpornimi sistemi v zdravstveni ustanovi. Na osnovi klinične poti smo zasnovali podatkovni model prototipa informacijskega sistema in uporabniški vmesnik, namenjen predvsem podpori dokumentiranja zdravstvene in babiške nege v omenjeni klinični poti. Osnova razvitega prototipa je podatkovni model, v katerem so definirane podatkovne strukture potrebne, konkretno tabele, za vnos podatkov o klinični poti in odnosih med

njimi. Razviti prototip prikazuje obravnava in odnose med posameznimi akterji v obravnavi ter predstavlja njihovo enakovredno vlogo v sistemu. Z obravnava v prototipu informacijskega sistema smo se omejili le na podatke o otročnici in novorojencu v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju v času hospitalizacije. Vključeni so vsi relevantni osebni in zdravstveni podatki otročnice. Podvajanje posamezne pacientke ni mogoče zaradi dodelitve druge šifre. Posamezna obravnava je determinirana s številko poroda, kar predstavlja varovalni mehanizem pri dostopanju do podatkov in preprečuje napačne obravnave. Pri otročnicah z več novorojenci (dvojčki, trojčki) ostane številka poroda enaka, doda se zaporedna črka (a, b, c, d). Tabela »Porod« je z relacijo »ena proti mnogo« povezana s tabelo »Novorojenec«. Relacija »ena proti mnogo« je vpeljana predvsem zaradi možnosti vnosa dvojčkov, trojčkov itn.

Uporabniški vmesnik omogoča zaporedno ovrednotenje zdravstvenega stanja otročnice ob sprejemu, obrazec zdravstvene nege otročnice in opravljenih intervencij zdravstvene nege, sledi še obrazec zdravstvene nege novorojenca in opravljenih intervencij. Posamezna obravnava deluje po principu semaforja – glede na barvno polje:

- 0. dan obravnave predstavlja rdeča barva: dan poroda je obdobje, ki predstavlja največjo nevarnost za poporodne zaplete;
- 1. dan po porodu sledi oranžna barva, ko je verjetnost komplikacije manjša;
- 2. dan po porodu sledi zelena barva, ko je obravnava v zaključni fazi.

V obrazcu »Aktivnosti zdravstvene in babiške nege pri otročnici« v I. kategorijo spada izvedba intervencij in aktivnosti, ki se izvajajo pri otročnici, glede na dan obravnave (varnost in ukrepi, prehranjevanje in pitje, osebna higiena, dojenje in aktivnosti, zdravstvenovzgojno delo, kategorizacija zdravstvene nege). II. kategorijo opredeljujejo negovalne diagnoze (aktualne – v času obravnave; odpustne – ob odpustu).

V obrazcu »Aktivnosti zdravstvene in babiške nege pri novorojencu« se v I. kategoriji beležijo osnovni podatki o novorojencu (ime, priimek, spol, številka poroda, porodna teža ...). Sledi II. kategorija, v kateri so opravljeni presejalni testi (za izključitev ali pravočasno prepoznavo patoloških odstopanj). V III. kategorijo spadajo dojenje in z njim povezani ukrepi. V IV. kategoriji so zabeležene negovalne intervencije in aktivnosti zdravstvene nege pri novorojencu, v V. kategorijo pa spada vpis numeričnih vrednosti (telesna teža, obseg glave) ob odpustu.

### *Rezultati evalvacije predlaganega prototipa*

Vsi intervjuvanci so enotnega mnenja, da je elektronska oblika dokumentiranja aktivnosti in intervencij zdravstvene nege uporabna v kliničnem okolju in ustrezno podpira del klinične poti ter da

je takšen način dokumentiranja enostavnejši in dostopnejši ter bi ga uporabljali pri svojem delu. Navajamo nekaj izjav intervjuvancev.

*Informacijski sistem /op., ki temelji na predlaganem prototipu informacijskega sistema/ bi olajšal zamudno beleženje opravljenih intervencij. Medicinski sestri bi ostalo več časa za zdravstveno vzgojo otročnic [MS1].*

*Zamudno pisanje bi nadomestilo nekaj preprostih klikov. To bi olajšalo delo in razbremenilo medicinske sestre [MS3].*

*Beleženje opravljenega dela je dnevna naloga medicinskih sester ne glede na količino ostalega dela na kliničnem oddelku [MS5].*

Intervjuvanci prav tako navajajo ustreznost vsebine posameznega obrazca v prototipu informacijskega sistema, ki zajema tak način obravnave otročnice in novorojenca. Med zabeleženimi vsebinami je ena izmed takšnih tudi zdravstvena vzgoja, ki do sedaj vidnejše vloge pri beleženju ni imela. Intervjuvanci menijo, da lahko oblikovan prototip informacijskega sistema poenostavi obravnavo v zdravstveni negi v smislu enostavnejšega in preglednejšega beleženja opravljenih intervencij ter tako omogoči vpogled in primerjavo z opravljenimi intervencijami. Ker je oblikovan prototip, je možna tudi statistična sledljivost uspešnosti obravnav otročnic, vodenih po sistemu klinične poti.

V nadaljevanju so intervjuvanci podali mnenja o uporabnosti informacijskega sistema in odgovorili na vprašanje, ali informacijski sistem omogoča pravilno, hitro in enostavno beleženje intervencij zdravstvene nege. Intervjuvanka je izjavila: *Enostaven dostop in preglednost obrazca za beleženje [MS2].*

Prav tako so intervjuvanci podali predloge za izboljšanje prototipa in dopolnitev določenih intervencij. Vsi intervjuvanci so bili zadovoljni z oblikovanim prototipom, ob predlaganih manjših dopolnitvah pa bi ga lahko uporabljali kot pripomoček za obravnavo otročnic po sistemu klinične poti.

## Diskusija

Rezultat pričujočega dela, tj. prototip informacijskega sistema, medicinski sestri omogoča, da opravljene intervencije in aktivnosti zdravstvene nege enostavno sproti beleži, da lahko kadar koli preveri izvedbo intervencij, prav tako pa prototip medicinsko sestro vodi, da pri obravnavi otročnice in novorojenca zajame vse faze klinične poti.

Informacijski sistem omogoča preverjanje opravljenih intervencij, zato je prototip informacijskega sistema bistvenega pomena za izvedbo klinične poti v zdravstveni negi. Prototip kot tak je ob ustreznih prilagoditvah lahko uporaben na vseh nivojih zdravstvene dejavnosti (Yang, 2012). Za vsako področje je treba prilagoditi posamezne obrazce za obravnavo, njeno vsebino in tudi zaporedje. Obravnava lahko poteka ne glede na spol in starost pacienta. Kot takšen je ob optimalni dopolnitvi ali pa

nadgradnji uporaben na vseh področjih zdravstvene nege kot discipline, prav tako pa so vključene še osnovne intervencije in aktivnosti zdravstvene nege ter tudi specifične naloge posamezne stroke.

Tudi obravnava otročnice in novorojenca po sistemu klinične poti, in sicer ob seznanitvi otročnice s predvidenim potekom njene obravnave, lahko služi za informativni izračun stroškov obravnave (Marušič & Simčič, 2009; Hunter & Segrott, 2010; Yang, 2012). Po predstavitvi oblikovanega prototipa so intervjuvane medicinske sestre menile, da bi lahko samostojno izpeljale obravnavo otročnice po sistemu klinične poti, saj prototip informacijskega sistema v posamezni kategoriji vključuje nabor negovalnih intervencij in aktivnosti, ki jih izvaja medicinska sestra pri otročnici in novorojencu v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju. Informacijski sistem omogoča strukturirano preverjanje beleženja opravljenih intervencij in aktivnosti, s tem pa večjo učinkovitost, kakovost in krajšo ležalno dobo, saj je mogoče obravnavo po sistemu klinične poti prilagoditi ne glede na področje obravnave v zdravstvu (Yang, 2012; Pust, 2013; Štrumbelj & Lučovnik, 2014; Zaletel, 2014). Po izvedbi je mogoče uspešnost obravnav meriti in izboljševati z nadaljnjimi ukrepi (Yang, 2012; Zaletel, 2014).

Oblikovani prototip sistematično opredeljuje negovalne intervencije in aktivnosti, ki jih medicinska sestra izvaja glede na potrebe otročnice in novorojenca. Računalniška implementacija zmanjšuje možnost napak, ki nastanejo pri beleženju (Wang, 2012; Pust, 2013). Vključeno je zdravstvenovzgojno delo, ki do sedaj ni imelo vidnejše vloge pri dokumentiranju. Z njegovo vključitvijo v dokumentiranje se potrjuje, da medicinska sestra ali babica v posamezne obravnave vključuje širok spekter znanj. Posamezna kategorija predstavlja intervencije in aktivnosti zdravstvene nege, ki jih mora medicinska sestra ali babica izvesti pri otročnici in novorojencu. Uvedba prototipa informacijskega sistema za obravnavo v klinični poti lahko izboljša obravnavo otročnice in tudi novorojenca. Med temeljne vrednosti procesa zdravstvene oskrbe spadata izboljševanje kakovosti in varnost pacienta, kar je tudi eden izmed kazalnikov uspešnosti posameznih obravnav ter primer dobrih praks (Yang, 2012; Pust, 2013; Šavora, 2013). Kjer koli v procesu zdravljenja nastopi človeški dejavnik, obstaja večja verjetnost nastanka neželenega dogodka ali napake (Marušič & Simčič, 2009; Starc, 2014). Evidentiranje intervencij in aktivnosti v celotnem procesu omogoča nadzor nad izvajanjem ter po končani obravnavi tudi nadgradnjo procesa. Pri takšni obravnavi in nadgrajevanju sistema nastopi tudi varnejša obravnava otročnice in novorojenca. Že vpeljan sistem pa ne omejuje izvajalca pri izbiri postopkov obravnave, razen če tega ne zahteva pojav komplikacij med obravnavo (Marušič & Simčič, 2009; Zaletel, 2014).

Obravnava po sistemu klinične poti v zgodnji poporodni obravnavi med hospitalizacijo od otročnice

zahteva dejavno vključevanje v celoten proces obravnave, saj tako dosežemo večjo učinkovitost izvedbe intervencij zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje. Kakovostna obravnava tudi skrajša ležalno dobo, kar predstavlja enega od elementov stroškovne učinkovitosti (Marušič & Simčič, 2009; Yang, 2012; Šavora, 2013). Če ne nastopijo zapleti v zgodnjem poporodnem obdobju, lahko medicinska sestra na podlagi opravljenih kategorij samostojno izpelje obravnavo. Z dosledno uporabo klinične poti se uporabnikom pri standardni zdravstveni oskrbi omogoča bistveno boljše prepoznavanje in spremljanje odklonov od pričakovanega poteka (Marušič & Simčič, 2009; Hunter & Segrott, 2010; Yang, 2012; Šavora, 2013). S takšnim načinom obravnave težimo k zmanjšanju nevarnosti napak in njihovih posledic (Robida, 2006; Šavora, 2013). Izid posamezne zdravstvene obravnave mora biti v skladu s kliničnimi smernicami, ki lahko pozneje predstavljajo enega izmed kazalnikov uspešnosti posameznih obravnav in so predstavljeni kot primeri dobrih praks (Robida, 2006; Yang, 2012; Šavora, 2013; Zaletel, 2014). Medicinske sestre z oblikovano strategijo zdravstvenovzgojnega dela, strokovnimi intervencijami in praktičnimi veščinami otročnicam posredujejo dodatna navodila in pojasnila, jih usmerjajo ter spodbujajo pri dojemanju novih znanj in spretnosti. Zdravstvenovzgojno delo temelji na promociji zdravja in spodbujanju zdravega načina življenja (Štrumbelj & Lučovnik, 2014; Zaletel, 2014).

## Zaključek

Z izvedbo intervencij in aktivnosti zdravstvene nege, z učenjem in s praktičnimi veščinami želimo doseči čimprejšnjo samostojnost otročnice, še posebej pri obravnavi po sistemu klinične poti. Po predstavitvi oblikovanega prototipa so intervjuvane medicinske sestre menile, da bi obravnavo po sistemu klinične poti lahko kakovostnejše izpeljale in samostojno zaključile. Če v zgodnjem poporodnem obdobju ne nastopijo zapleti, lahko medicinska sestra obravnavo izpelje samostojno. Poudariti želimo, da je razviti prototip šele korak k razvoju končnega informacijskega sistema. Slednji se mora integrirati z ostalimi informacijskimi sistemi ustanove in zadostiti zahtevam, ki jih narekuje sistem zdravstvenega varstva.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

## Financiranje / Funding

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

## Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskava ni potrebovala posebnega dovoljenja komisije za etiko. Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi v Sloveniji (2014). / The study did not require any special authorization from the ethics committee. The study was conducted in accordance with the principals of 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

Prvi avtor je pod mentorstvom drugega mentorja pripravil idejno zasnovano, selektivni pregled literature, izvedbo intervjujev, obdelavo podatkov, zapis obstoječe klinične poti ter evalvacijo in utemeljitev rezultatov. Drugi avtor je sodeloval pri usmerjanju vsebine teoretičnega dela in pri predlogu intervjujev, usmerjal je vsebine teoretičnega dela, potrdil metodologijo, predlagal izdelavo diagramov in podatkovnega modela ter evalviriral prikazane rezultate. / The first author, under the mentorship of the second mentor, prepared the conceptual design, a selective overview of literature, conducted interviews, data processing, the record of the existing clinical pathway, and the evaluation and justification of the results. The second author participated in directing the contents of theoretical work and the proposal of interviews and directed the contents of the theoretical part, confirmed the methodology, proposed the production of diagrams and data model, and evaluated the displayed results.

## Literatura

- Bick, D., Malone, J., & Fontenla, M. (2009). A case study evaluation of implementation of a care pathway to support normal birth on English birth centre: Anticipated benefits and unintended consequences. *Pregnancy and Childbirth*, 9(47), 2–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-47>
- Gan, B., Mao, J., & Huang, W. (2013). Application of clinical pathway in vaginal delivery due to full-term premature rupture of fetal membranes. *Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance*, 9(1), 365–368.
- Hunter, B., & Segrott, J. (2010). Using a clinical pathway to support normal birth: Impact on practitioner roles and working practices. *Birth*, 37(3), 227–234. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00410.x>
- Hunter, B., & Segrott, J. (2014). Renegotiating inter-professionals' boundaries in maternity care: Implementing clinical pathway for normal labour. *Sociology of Health & Illness*, 36(5), 719–733.



*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.

Marušič, D., & Simčič, B. (2009). *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti* (pp. 12–38). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Portillo, M., Hausmann, M., & Chouhan, S. (2016). Developments in magnet modeling and beam optics for the ARIS separator at FRIB. *Nuclear Instruments and Methods in Physics Research*, 2(2), 151–153.

Robida, A. (2006). *Metodološka priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti* (pp. 6–11). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Starc, A. (2014). *Profesionalizacija zdravstvene nege za kakovostne zdravstvene storitve* (pp. 14–40). Ljubljana: Zdravstvena fakulteta.

Steblovnik, L., & Kavšek, G. (2013). *Klinična pot porodnice* (p. 218). Ljubljana: Univerzitetni klinični center, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za perinatologijo.

Šavora, M. (2013). *Klinične poti kot orodje za nadzor in preverjanje kakovosti zdravstvenih storitev* (magistrsko delo, pp. 8–16). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.

Štrumbelj, T., & Lučovnik, M. (2014). Standardna obravnava pacientke v predporodnem varstvu. In: *Reševanje izzivov v skrbi za zdravje žensk, otrok in družin: Zbornik predavanj, Strokovno srečanje Sekcije medicinskih sester in babic, Maribor, November 2014* (pp. 3–5). Ljubljana: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester in babic.

Vreček, M. (2016). *Informatizacija klinične poti v zdravstvu* (diplomsko delo, pp. 8–12). Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Kranj.

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), 2191–2194. Retrieved from <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>  
PMid:24141714

Yang, H. (2012). Knowledge-based clinical pathways for medical quality improvement. *Information Systems Frontier*, 14(1), 105–109.  
<https://doi.org/10.1007/s10796-011-9307-z>

Zaletel, M. (2014). Pomen kliničnih smernic v zdravstveni negi. *Rehabilitacija*, 13(1), 19.

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Višič, U., & Žvanut, B. (2021). Zasnova prototipa informacijskega sistema za klinično pot otročnice in novorojenca v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), 85–91. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.2975>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

## Oblikovanje modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju zagotavljanja farmacevtske skrbi: kvalitativna opisna raziskava

The development of a model of interprofessional collaboration of nurses in pharmaceutical care: A qualitative descriptive study

Marko Petrovič<sup>1, \*</sup>, Benjamin Osmančević<sup>2</sup>, Sabina Ličen<sup>3</sup>, Igor Karnjuš<sup>3</sup>, Mirko Prosen<sup>3</sup>

### IZVLEČEK

**Ključne besede:** zdravstvena nega; farmacija; medicina; rokovanje z zdravili; sodelovanje

**Key words:** nursing; pharmacy; medicine; medication handling; collaboration

<sup>1</sup> Zdravstveni dom Izola, Ulica oktobrske revolucije 11, 6310 Izola, Slovenija

<sup>2</sup> Nastavni zavod za hitnu medicinu Istarske županije, Zagrebačka 30, 52100 Pula, Hrvaška

<sup>3</sup> Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

\* Korespondenčni avtor / Corresponding author: marko.5rovic@gmail.com

**Uvod:** Medpoklicno sodelovanje medicinskih sester pri zagotavljanju farmacevtske skrbi je pomembno z vidika zagotavljanja kakovosti zdravstvene oskrbe pacienta. Vendar pa vključevanje medicinskih sester v farmacevtsko skrb odpira tudi številna vprašanja, povezana z njihovim izobraževanjem ter posledično posedovanjem kompetenc za njihovo učinkovito vlogo pri zagotavljanju farmacevtske skrbi. Cilj raziskave je bil ugotoviti stališča zdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester do vloge slednjih v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi v Sloveniji.

**Metode:** Uporabljena je bila deskriptivna interpretativna metoda. V namenski kvotni vzorec je bilo vključenih 24 oseb: osem zdravnikov, osem farmacevtov in osem medicinskih sester. Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji. Pridobljene podatke smo analizirali s pomočjo metode analize vsebine.

**Rezultati:** Raziskava je razkrila, da medicinske sestre že sedaj opravljajo del nalog na področju farmacevtske skrbi in svojo vlogo vidijo tudi v nadaljnjih prizadevanjih za medpoklicno sodelovanje. Ugotovitve sicer kažejo, da zdravniki in farmacevti niso naklonjeni morebitnim profesionalnim kompetencam medicinskih sester, ki vključujejo področje zagotavljanja farmacevtske skrbi. Ob tem izpostavljajo zlasti znanje, ki ga po njihovem mnenju medicinskim sestram primanjkuje. Rešitev vidijo v vpeljevanju dodatnih izobraževanj s področja farmakologije. Medicinske sestre menijo, da so v okviru zagotavljanja farmacevtske skrbi zapostavljene oziroma neenakopravne.

**Diskusija in zaključek:** Medpoklicno sodelovanje v okviru zagotavljanja farmacevtske skrbi je zelo pomembno in ima lahko pozitiven vpliv na rezultate zdravljenja, vendar morajo medicinske sestre pridobiti ustrezna dodatna znanja in posledično kompetence, se kontinuirano izobraževati, imeti vidnejšo vlogo v kliničnih raziskavah ter ne nazadnje v teh prizadevanjih tudi same prevzeti dejavnejšo vlogo.

### ABSTRACT

**Introduction:** Interprofessional collaboration of nurses in pharmaceutical care is important in ensuring quality patient care. However, including nurses in pharmaceutical care opens up several issues related to their education and consequently, also their competencies to ensure effective pharmaceutical care. The aim of the study was to establish the viewpoints of doctors, pharmacists, and nurses, and about the role of nurses in interprofessional collaboration in pharmaceutical care in Slovenia.

**Methods:** A descriptive interpretative method was used. A purposive quota sample included 24 participants: 8 doctors, 8 pharmacists and 8 nurses. Data were collected by semi-structured interviews. The obtained data were analysed using the content analysis method.

**Results:** The study has showed that nurses have been performing tasks in pharmaceutical care and that they also see their role in further efforts of interprofessional collaboration. However, the results show that doctors and pharmacists are not in favour of nurses' potential professional competencies, which include pharmaceutical care. In particular, they draw attention to the knowledge that they consider nurses lack. They see a solution in the introduction of additional training in pharmacology. Nurses believe that they are mistreated or treated unequally in pharmaceutical care.

**Discussion and conclusion:** Interprofessional collaboration of nurses in pharmaceutical care is highly significant and can bring positive results to treatment, but nurses should obtain additional knowledge, have a more prominent role in clinical trials and assume a more active role in these efforts.



Prejeto / Received: 22. 4. 2020  
Sprejeto / Accepted: 17. 5. 2021

<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.3034>

## Uvod

Sistem zdravstvenega varstva sestavljajo multifaktorski, kompleksni podsistemi, v katerih za paciente skrbijo različni profesionalci, na različnih lokacijah in nivojih zdravstvenega varstva. Ko govorimo o kakovosti prejete zdravstvene oskrbe in učinkovitosti samega sistema nujenja zdravstvenih storitev, je izrednega pomena koordinacija med temi profesionalci. Pomemben del predstavlja farmacevtska skrb za pacienta, pri čemer prevzemajo pomemben del nalog tudi medicinske sestre (Anoz-Jimenez, Ferrer Ferrer, Becerril Moreno, Navarro de Lara, & Estaun Diaz de Villegas, 2011; Morley & Cashell, 2017).

Na podlagi poročil Svetovne zdravstvene organizacije so leta 1994 termin farmacevtska skrb (ang. *pharmaceutical care*) definirali zlasti skozi vlogo farmacevta. Farmacevtska skrb je bila v tem pogledu prepoznana kot filozofija prakse, v kateri je pacient primarni prejemnik farmacevtove dejavnosti in se osredotoča na stališča, vedenja, zavezo, skrb, etiko, znanje, odgovornosti in spretnosti farmacevta v smeri doseganja terapevtskih rezultatov glede zdravja pacienta in njegove kakovosti življenja. Hkrati je bilo sklenjeno, da farmacevtska skrb ni ločeno področje od ostalih zdravstvenih storitev, ampak se dogaja v sodelovanju s pacienti, zdravniki, medicinskimi sestrami, farmacevti in z ostalimi zdravstvenimi delavci, ki so vključeni v zdravstveno oskrbo pacienta (De Baetselier et al., 2020).

Leta 2013 je združenje *Pharmaceutical Care Network Europe* (PCNE) revidiralo definicijo farmacevtske skrbi in s tem odpravilo nekatere nejasnosti. Zapisali so, da je farmacevtska skrb (ang. *pharmaceutical care*) dejavnost, s katero farmacevt zagotavlja odgovorno zdravljenje z zdravili za optimiziranje kakovosti pacientovega življenja in doseganje pozitivnih končnih izidov zdravljenja. Vendar pa je bilo na podlagi nekaterih nestrinjanj ugotovljeno tudi, da farmacevtska skrb ni zgolj delo farmacevta, ampak tudi prispevek drugih zdravstvenih delavcev in celo pacientov (Allemann et al., 2014).

Prav vključitev drugih zdravstvenih delavcev v oskrbo pacienta tvori medpoklicno sodelovanje, ki postaja vse pomembnejši del kakovostne zdravstvene oskrbe (Khan, Khan, Shoaib, Yousuf, & Mir, 2014). V zadnjih dveh desetletjih je vse bolj v ospredju sodelovanje ne le med zdravniki in farmacevti, temveč tudi z medicinskimi sestrami, saj preživijo ob pacientih veliko več časa kot kateri koli drugi zdravstveni strokovnjak (Makowsky et al., 2009; Anoz-Jimenez et al., 2011; Khan et al., 2014; Wang, Wang, Huang, Zhang, & Liu, 2018).

Farmacevtska skrb zahteva sodelovanje zdravnikov, medicinskih sester in farmacevtov (Choo, Hutchinson, & Bucknall, 2010). Raziskava, ki so jo opravili Anoz-Jimenez et al. (2011), je pokazala, da je sodelovanje medicinskih sester v farmacevtski skrbi

zelo pomembno predvsem pri izboljšanju kakovosti farmakoterapije. Medicinske sestre so priznane kot strokovnjakinje, ki znotraj verige zagotavljanja farmacevtske skrbi pacientu nudijo informacije, spremljajo učinke zdravil in morebitne stranske učinke (Dilles, Vander Stichele, Van Rompaey, Van Bortel, & Elseviers, 2010). Dejstvo je, da vloga medicinskih sester ni vedno izrecna in jasna drugim strokovnjakom, kar lahko otežuje medpoklicno sodelovanje. Na področju farmacevtske skrbi sta potrebna interdisciplinarni pristop in medpoklicna komunikacija, saj sta bistvena za zmanjševanje napak pri rokovanju z zdravili (Choo et al., 2010).

Vloga medicinske sestre na področju farmacevtske skrbi se v različnih državah Evrope spreminja. Vpetost medicinskih sester v nudenje farmacevtske skrbi, kot so zdravstvena vzgoja pacientov, podpora pri zdravljenju, spremljanje pacientovih odzivov zaradi možnih stranskih učinkov zdravil in ne nazadnje tudi predpisovanje zdravil, je vedno večja. Predhodne raziskave so pokazale, da vloga medicinskih sester v Evropi pri zagotavljanju farmacevtske skrbi ni transparentna in do so med državami očitne razlike v zakonodaji, praksi zdravstvene nege kot tudi izobraževanju s tega področja. To omejuje sodelovanje pri zagotavljanju farmacevtske skrbi na več nivojih: kakovost medosebne komunikacije in medpoklicnega sodelovanja, sodelovanje v mednarodnih raziskavah in inovacijah ter mobilnosti na trgu dela (De Baetselier et al., 2020; Vaismoradi, Jordan, Vizcaya-Moreno, Friedl, & Glarcher, 2020).

Ravno zaradi pomanjkanja transparentnosti vloge medicinskih sester v medpoklicnem sodelovanju pri zagotavljanju farmacevtske skrbi je bila dana evropska pobuda, da se oblikuje ustrezen model, ki bi vlogo medicinskih sester jasno opredeljeval in tudi usmeril implikacije za prakso in izobraževanje. V obsežni presečni raziskavi EUPRON iz leta 2018, opravljeni v šestnajstih evropskih državah (Prosen, Karnjuš, & Ličen, 2018), je bila raziskana vloga medicinskih sester na različnih področjih zagotavljanja farmacevtske skrbi: spremljanje stranskih učinkov in terapevtskih učinkov zdravil, predpisovanje zdravil ter zagotavljanje izobraževanja pacientov in obveščanje o zdravilih. Ugotovitve so pokazale, da je vloga medicinske sestre pri rokovanju z zdravili prepoznana kot pozitivna za kakovost zdravstvene oskrbe, zaradi česar je večina zdravstvenih delavcev menila, da bi morala biti vloga medicinskih sester širša. Po drugi strani se je pokazalo, da se medpoklicno sodelovanje, zlasti med medicinskimi sestrami in farmacevti, sooča s številnimi izzivi povsod po Evropi (De Baetselier et al., 2020; Heczkova & Dilles, 2020).

Evropskemu projektu EUPRON je sledil triletni projekt »Razvoj modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester v okviru farmacevtske skrbi« (DeMoPhaC), v katerem je sodelovalo 14 evropskih držav in katerega namen je bil uresničiti cilj projekta

EUPRON. Izhodiščni model medpoklicnega sodelovanja na področju farmacevtske skrbi predvideva štiri odgovornosti medicinskih sester: nadziranje in spremljanje učinkov zdravila, nadziranje in spremljanje učinkovitosti zdravila, sprejemanje odločitev o uporabi zdravil, vključno s predpisovanjem zdravil, in zdravstvenovzgojno delo ter izobraževanje pacienta o uporabi zdravil (Prosen, Karnjuš, & Ličen, 2019; De Baetselier et al., 2020).

### Namen in cilji

Namen raziskave je bil s pomočjo matrike PSPN (ang. SWOT) proučiti prednosti (ang. *strengths*), slabosti (ang. *weaknesses*), priložnosti (ang. *opportunities*) in nevarnosti (ang. *threats*) medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju zagotavljanja farmacevtske skrbi z vidika treh poklicnih skupin: zdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester. Cilj tovrstnega zbiranja podatkov je bil usmerjen v razvoj modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester v okviru farmacevtske skrbi. Postavljeno je bilo naslednje raziskovalno vprašanje:

- Kakšna so stališča medicinskih sester, zdravnikov in farmacevtov glede prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester v zagotavljanju farmacevtske skrbi?

### Metode

Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja, saj zaradi narave preučevanega fenomena omogoča

boljši vpogled v razmišljanje, razumevanje in vedenje posameznika (Kaae & Traulsen, 2015). V okviru kvalitativne metodologije smo uporabili deskriptivno interpretativno metodo. Slednja je opisana kot razumljiva kombinacija, sestavljena iz tehnike zbiranja, analiziranja, obdelave in interpretacije pridobljenih podatkov in njihove predstavitve (Sandelowski, 2000; Polit & Beck, 2020).

### Opis instrumenta

Podatki so bili zbrani z delno strukturiranimi intervjuji. Takšen način intervjuvanja omogoča prožno tehniko zbiranja podatkov, saj je možna uporaba zaprtih ali odprtih tipov vprašanj, kar intervjuvancu omogoča tako kratke odgovore kot odgovore v obliki pripovedi. Uporablja se ga lahko kot samostojno tehniko zbiranja podatkov ali v kombinaciji z drugimi tehnikami (Yin, 2011). Vodič po intervjuju je bil zasnovan na Univerzi v Antwerp (University of Antwerp, Faculty of Medicine and Health Sciences, Center for Research and Innovation in Care) in uporabljen za zbiranje podatkov v vseh državah, sodelujočih v projektu. Vprašanja so bila zasnovana ob štirih osrednjih temah: (1) prepoznana vloga medicinske sestre pri rokovanju z zdravili; (2) naloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili; (3) interakcije v medpoklicnem sodelovanju pri rokovanju z zdravili ter (4) perspektiva PSPN za razvoj idealnega modela medpoklicnega sodelovanja na področju farmacevtske skrbi. Vodič po intervjuju je bil preveden iz angleščine v slovenščino, prevod pa pregledan s strani tričlanske skupine strokovnjakov s

**Tabela 1:** Primeri vprašanj, vključenih v vsebino delno strukturiranega intervjuja

**Table 1:** Examples of questions included in the semi-structured interview

| Št. / No. | Vprašanja delno strukturiranega intervjuja / Questions of the semi-structured interview  |
|-----------|--|
| 1.        | Na katere dolžnosti pomislite, ko razmišljate o idealni vlogi medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju pri rokovanju z zdravili, in kako bi te dolžnosti izgledale v praksi? |
| 2.        | Katere specifične naloge naj bi po vašem mnenju pri rokovanju z zdravili opravljala medicinska sestra znotraj svoje vloge v medpoklicnem timu?                                   |
| 3.        | Kako naj bi po vašem mnenju potekala sodelovanje in interakcija med medicinskimi sestrami in ostalimi člani zdravstvenega tima znotraj domene rokovanja z zdravili?              |
| 4.        | Katere so prednosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili?   |
| 5.        | Katere naloge / vloge ne bi spreminjali oziroma katere so po vašem mnenju v dosedanji praksi dobre?  |
| 6.        | Katere so pomanjkljivosti oziroma slabosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili?  |
| 7.        | Kaj trenutno v praksi ne poteka, kot bi moralo?  |
| 8.        | Kaj bi morali spremeniti znotraj vloge in nalog medicinske sestre, da bi dosegli najvišji nivo kakovosti rokovanja z zdravili?   |
| 9.        | Kakšne so možnosti za razvoj vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili, če bi želeli idealni model vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili prezrcaliti v prakso? |
| 10.       | Kaj bi potrebovali za uresničenje te drugačne vloge in kakšne okoliščine bi potrebovali?   |
| 11.       | Kakšne nevarnosti se lahko pojavijo, če bi model idealne vloge medicinske sestre pri preskrbi pacienta z zdravili poskušali implementirati v dejanske okoliščine?                |
| 12.       | Kateri faktorji ali okoliščine bi ovirali prenos modela v prakso?  |

**Tabela 2: Demografski podatki intervjuvancev**  
**Table 2: Demographic data of the study participants**

| Spremenljivka / Variable | Poklicna skupina / Professional group | n | $\bar{x}$ | s     |
|--------------------------|---------------------------------------|---|-----------|-------|
| Starost                  | Medicinska sestra (Ms)                | 8 | 42,12     | 9,17  |
|                          | Farmacevt (Far)                       | 8 | 44,50     | 5,63  |
|                          | Zdravnik (Zdr)                        | 8 | 41,78     | 9,94  |
| Delovna doba             | Medicinska sestra (Ms)                | 8 | 20,37     | 10,23 |
|                          | Farmacevt (Far)                       | 8 | 18,12     | 5,74  |
|                          | Zdravnik (Zdr)                        | 8 | 15,37     | 9,94  |

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

področja zdravstvene nege. V Tabeli 1 predstavljamo nekaj primerov vprašanj, vključenih v intervju.

### Opis vzorca

Uporabljen je bil namenski kvotni vzorec t. i. ključnih informatorjev, strokovnjakov s področja zdravstvene nege ( $n = 8$ ), farmacije ( $n = 8$ ) in medicine ( $n = 8$ ). Intervjuvanci so se med seboj razlikovali glede na stopnjo izobrazbe, področje dela in raven zdravstvene dejavnosti, na kateri opravljajo delo. Namenski vzorec je bil izbran, ker je njegova prednost pridobiti ciljne informacije o zadevah, ki so pomembne za raziskovanje s pomočjo ljudi, ki preučevani fenomen najbolj poznajo ali so vanj vključeni (Asiamah, Mensah, & Oteng-Ahayie, 2017).

V raziskavo je bilo vključenih 24 intervjuvancev. Moser & Korstjens (2018) sicer navajata, da je 15 najmanjše potrebno število intervjuvancev za izvajanje kvalitativnega raziskovanja v okviru deskriptivno-interpretativne metode. Večje število zapira krog; kvalitativne podatke zbiramo do točke, ko smo z raziskavo dobili izčrpne podatke o preučevani tematiki. Izbor enot v vzorec je temeljil na pragmatični oceni podane vsebine in tudi oceni saturacije besedila (Vasileiou, Barnett, Thorpe, & Young, 2011).

V raziskavo smo zajeli enega diplomiranega zdravstvenika in sedem diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih v primarni in sekundarni zdravstveni dejavnosti oziroma na področju socialnega varstva in oskrbe. S področja farmacije so bili v raziskavo vključeni dva magistra in šest magistric farmacije, ki so zaposleni v primarni (lekarniški) in sekundarni zdravstveni dejavnosti. Vzorec so sestavljali tudi trije zdravniki in pet zdravnic, ki so zaposleni v primarni in sekundarni zdravstveni dejavnosti oziroma na področju socialnega varstva in oskrbe. Podatke o starosti in delovni dobi intervjuvancev podrobno prikazujemo v Tabeli 2.

### Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo je v sodelovanju s 14 evropskimi državami koordinirala Univerza v Antwerpnu. Poleg Belgije in Slovenije so v raziskavi sodelovali še predstavniki

Španije, Severne Makedonije, Slovaške, Češke, Nemčije, Norveške, Portugalske, Italije, Madžarske, Nizozemske, Grčije in Velike Britanije. V prvi fazi je vsaka država opravila po en intervju iz vsake poklicne skupine. Ti intervjuji so bili analizirani, pozneje prevedeni v angleščino in posredovani koordinatorju. Na osnovi podatkov vseh držav je bila oblikovana t. i. knjiga kod. S tem smo pridobili enoten sistem kodiranja za nadaljnjo analizo intervjujev.

Vsi intervjuvanci so bili pred pričetkom raziskave informirani o namenu in ciljnih raziskave. Pred pričetkom intervjuja smo od vsakega intervjuvanca pridobili pisno soglasje ter zagotovili anonimnost. Vsak intervjuvanec je bil informiran tudi s predlogom modela; sliko je dobil v vpogled pred intervjujem. Vsi intervjuji so bili zvočno posneti, opravljeni so bili dobesedni prepisi (transkripti). Zbiranje podatkov je potekalo od decembra 2018 do aprila 2019.

Po transkripciji vseh intervjujev smo opravili vsebinsko analizo na podlagi vnaprejšnje kodne klasifikacije, ki je bila sestavljena iz zaporedne številke intervjuja, prostora za vpis primera besedila (citata), prostora za interpretacijo vsebine, šifre vprašanja v intervjuju ( $n = 51$ ), podkod ( $n = 42$ ) in glavnih kod ( $n = 11$ ). Analiza je potekala v programu Microsoft Excel za vsak intervju posebej in za vsako poklicno skupino posebej, vendar so bili za končno analizo podatki združeni. Vsebinska analiza je nato potekala z ustaljeno prakso (kodiranju je sledilo združevanje v večje pomenske vsebinske skupine) (Sandelowski, 2000; Polit & Beck, 2020).

## Rezultati

Rezultati so bili zaradi narave fenomena in ciljev, ki smo jih zastavili, združeni in zato predstavljeni skozi naslednje štiri teme: (1) prednosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili; (2) slabosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili; (3) priložnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi in (4) nevarnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi (Tabela 3).

**Tabela 3: Teme in podteme**  
**Table 3: Themes and sub-themes**

| <i>Tema / Theme</i>   | <i>Podtema / Sub-theme</i>                        | <i>Citat / Citation</i>   |
|---|---|---|
| Prednosti trenutne vloge medicinske sestre  | Stik s pacientom                                  | <i>Prednosti vloge medicinske sestre? Ja to, da je ob pacientu in je prva tam / na razpolago/ (Zdr_06).</i>   |
|   | Pravila aplikacije zdravil                        | <i>Prednosti? //a v aplikaciji terapije, pet ali koliko je že tistih P-jev (Far_05).</i>  |
|   | Druge prednosti                                   | <i>Edukacija pacienta, mislim, da jim to gre najbolje (Far_02).</i>   |
|   | Ni prednosti v trenutni vlogi                     | <i>Pravzaprav trenutne prednosti so že utečene stvari, katerih jaz ne bi menjal, to, da nekdo predpiše, drugi pa aplicira terapijo in opazuje pacienta oziroma skupino pacientov je zame odličen sistem (Zdr_01).</i>                         |
| Slabosti trenutne vloge medicinske sestre   | Pomanjkanje znanja                                | <i>Slabost je znanje, tukaj bi lahko bil minus, velikokrat si preveč pristojnosti jemljejo naproti temu, koliko je znanja o zdravlilih (Far_02).</i>  |
|   | Kompetence  | <i>Slabosti – to, da nima pristojnosti, konkretno, če pogledam na mojo referenčno sestro, ona nekaj zazna in potem nič, tako ali tako ne more nič, napoti ga nazaj k meni, nima nekega mehanizma, da bi lahko naredila kaj sama (Zdr_08).</i> |
|   | Druge slabosti                                    | <i>Organizacija dela je slabost medicinskih sester, premalo kadra in prevelik obseg dela (Ms_04).</i>   |
| Priložnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi | Odvisno predpisovanje s strani medicinskih sester | <i>Odvisno predpisovanje absolutno da, neodvisno predpisovanje zaenkrat ne (Zdr_02).</i>  |
|   | Upoštevanje trenutno prakso                       | <i>Trenutno, kar dela medicinska sestra, je v redu, držimo se že ustaljenega sistema (Zdr_01).</i>  |
|   | Izobraževanje medicinskih sester                  | <i>Prvo bom rekla boljše poučevanje medicinskih sester, da pridobijo omenjene kompetence, nato pa oblikovanje bolj ozkih, specialistično usmerjenih področij (Ms_01).</i>   |
| Nevarnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi  | Znanje, napake in odgovornost                     | <i>Nevarnosti? V primeru razširitve kompetenc so lahko enake kot so sedaj, vsakdo se lahko zmoti (Ms_02).</i>   |
|   | Neenakost z drugimi strokami                      | <i>Nevarnost je, da nas druge stroke ne bodo sprejele v takšni vlogi (Ms_05).</i>   |

### *Prednosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili*

Intervjuvanci, ki so sodelovali v raziskavi, so bili enotnega mnenja, da je prednost trenutne vloge medicinske sestre v tem, da je prav ona tisti zdravstveni strokovnjak, ki je neposredno ob pacientu, kar pomeni, da ima neposreden nadzor nad pacientom, s tem pa tudi pristen in zaupanja vreden odnos.

*Ona je 24 ur, sedem dni v tednu ob njem, ona ga / pacienta / najbolje pozna (Zdr\_02).*

*Pristnejši odnos. Lažje pacient pove medicinski sestri kot zdravniku glede vsega, terapije kot ostalih stvari (Ms\_06).*

Prepoznana je bila kompetenca medicinske sestre, vezana na pripravo, aplikacijo in nadzor nad terapijo, vendar je iz povedanega mogoče razbrati tudi drugačne interpretacije.

*Prednosti? //a v aplikaciji terapije, pet ali koliko je že tistih P-jev (Far\_05).*

*One /medicinske sestre/ poznajo aplikacijo terapije, no, naj bi jo poznale (Zdr\_06).*

Intervjuvanci so med vlogami prepoznali tudi zdravstveno vzgojo pacientov in medicinsko sestro kot vezni člen med ostalimi poklicnimi profili v zdravstvu in pacientom.

*Medicinska sestra je tisti faktor, ki je povezava med zdravnikom, farmacevtom in pacientom, ona ve vse o pacientu, ker ga vidi, je tam, ob njem. Jaz ga vidim za deset minut in grem z oddelka (Zdr\_05).*

*Edukacija pacienta, mislim, da jim to gre najbolje (Far\_02).*

Nekateri v vlogi medicinske sestre ne vidijo nobenih prednosti oziroma menijo, da spremembe že utečenega sistema niso potrebne.

*Pravzaprav trenutne prednosti so že utečene stvari, katerih jaz ne bi menjal, to, da nekdo predpiše, drugi pa aplicira terapijo in opazuje pacienta oziroma skupino pacientov je zame odličen sistem (Zdr\_01).*

*Prednosti? V tem modelu? Ali jih medicinske sestre imajo? Absolutno ne vidim nobenih prednosti v vlogi medicinske sestre (Far\_04).*

### *Slabosti trenutne vloge medicinske sestre pri rokovanju z zdravili*

Intervjuvanci so bili enotnega mnenja, da medicinske sestre nimajo zadostnega znanja za dejavno sodelovanje na področju farmacevtske skrbi.

*Slabost je znanje, tukaj bi lahko bil minus, velikokrat si preveč pristojnosti jemljejo naproti temu, koliko je*

znanja o zdravilih (Far\_02).

*V farmacevtski skrbi ne vidim medicinske sestre. Tako da potem veste, da vidim veliko slabosti* (Far\_05).

*Pomanjkljivo je to, da v samem izobraževalnem sistemu medicinske sestre ne pridejo pripravljene na delo, kar se tiče farmakologije, tukaj se čuti ta deficit znanja, ki ga pridobiš z leti oziroma izkušnjami, ne pa s šolo* (Ms\_08).

Kljub temu da so mnogi izpostavili pomanjkanje znanja medicinske sestre s področja farmacevtske skrbi, pa nekateri menijo, da ima medicinska sestra premalo pristojnosti oziroma prevelike omejitve.

*Slabosti – to, da nima pristojnosti, konkretno, če pogledam na mojo referenčno sestro, ona nekaj zazna in potem nič, tako ali tako ne more nič, napoti ga nazaj k meni, nima nekega mehanizma, da bi lahko naredila kaj sama* (Zdr\_08).

Zlasti medicinske sestre izpostavljajo, da kompetence pri aplikaciji zdravil niso dovolj natančno opredeljene. Nekatera področja, zlasti v nujni medicinski pomoči, bi potrebovala jasno (in širšo) opredelitev.

*Slabost je v tem, da so reševalci na terenu omejeni, lahko aplicirajo nekatera zdravila, ampak s predhodnim klicem in potrditvijo s strani zdravnika. Tukaj pa se v primeru nujnih stanj zaplete, kajti podaljša se čas oskrbe. Morali bi imeti definirano tako kot ameriški in madžarski reševalci, ki lahko na terenu aplicirajo zdravila. Seveda vse to opredeliti in zapisati, da smo kriti* (Ms\_07).

Med druge slabosti intervjuvanci uvrščajo pomanjkanje časa medicinskih sester ter preobremenjenost z administracijo in zaradi pomankanja kadra. Medicinske sestre so izpostavile zlasti slabo organizacijo dela.

*Pomanjkanje časa vidim kot slabost medicinskih sester, vsi nekaj samo hočemo od nje, ona pa mora vse narediti. /.../ No pa tudi morali bi iti na izobraževanja, pa ne samo one, tudi mi, skratka vsi* (Zdr\_03).

*Neumno se mi zdi, da se mora medicinska sestra ukvarjati z birokracijo in administracijo namesto s pacienti, ampak to ni neposredna slabost medicinskih sester, ampak sistema* (Zdr\_04).

*Organizacija dela je slabost medicinskih sester, premalo kadra in prevelik obseg dela* (Ms\_04).

### *Priložnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi*

Intervjuvanci so bili predhodno seznanjeni z izhodišnim modelom vključevanja medicinske sestre v medpoklicno sodelovanje na področju farmacevtske skrbi. Pojasnjeni so bili številni pojmi, med drugim ureditev odvisnega oziroma neodvisnega predpisovanja zdravil. Odvisno predpisovanje terapije temelji na načrtih zdravljenja in zdravstvene oskrbe, ki se oblikuje glede na posameznega pacienta in se nanaša izključno nanj. Načrt zdravljenja sestavita in ga podpišeta oba – tako neodvisni strokovnjak

medicinske stroke (zdravnik ali zobozdravnik) kot tudi medicinska sestra. Neodvisno predpisovanje pomeni, da so izvajalci odgovorni in pristojni za oceno pacientovega stanja s predhodno nediagnosticiranimi ali diagnosticiranimi zdravstvenimi stanji ter za odločitev o potrebni zdravstveni oskrbi, vključno s predpisovanjem zdravil.

Intervjuvanci menijo, da bi odvisno predpisovanje zdravil s strani medicinskih sester olajšalo delo na primarnem zdravstvenem nivoju.

*Ko govorimo o primarnem nivoju, bi bilo definitivno smiselno to neko odvisno predpisovanje zdravil oziroma podaljševanje predpisane terapije* (Ms\_01).

*Odvisno predpisovanje absolutno da, neodvisno predpisovanje zaenkrat ne* (Zdr\_02).

Predpisovanje terapije s strani medicinskih sester bi bilo lahko uvedeno na področju nujne medicinske pomoči, kjer lahko štejejo tudi sekunde; pravočasna in pravilna aplikacija terapije lahko reši življenje.

*Odvisno predpisovanje terapije, to bi šlo, pri neodvisnem predpisovanju pa imam manjši zadržek, ampak morda določeno terapijo tudi tukaj lahko, npr. adrenalin pri anafilaktični reakciji, ampak je pa res, da mora stanje prepoznati* (Zdr\_04).

*Medicinska sestra bi morala imeti kompetence predpisovanja in aplikacije terapije, no, jaz gledam z vidika svojega delovnega mesta. V NMP (op. nujna medicinska pomoč) je tako, da imamo algoritme, in če se držiš algoritma, ne bi smel nič zgrešiti, tako da menim, da bi morali organizirati predpisovanje terapije tako, kot jo imajo paramedik v ZDA (op. Združene države Amerike). Tako da definitivno vidim možnost predpisovanja terapije, ampak zakonsko in pravno določeno* (Ms\_04).

Pri kroničnih pacientih, ki imajo večje število predpisanih zdravil v okviru t. i. stalne terapije, je intervjuvanec izpostavil, da priložnost za razvoj vloge medicinske sestre vidi v sestavi in posodabljanju seznama stalne terapije.

*Dobro bi bilo, da bi medicinska sestra sestavila seznam kronične terapije pacienta, kar bi veliko pripomoglo h kakovostnejši obravnavi pacienta* (Zdr\_07).

Med priložnostmi za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi je bilo izpostavljenih tudi nekaj nalog in že danes prisotnih kompetenc. Neprestana prisotnost medicinskih sester ob pacientu pripomore k nenehnemu nadzoru nad zdravstvenim stanjem pacienta ter zaznavanju sprememb zdravstvenega stanja in poročanju o njem.

*Poročanje o napakah seveda, no, na splošno poročanje mora biti, ona je res konstantno ob pacientu in res pozna njegovo stanje, ker istočasno lahko govorimo, da je nadzor pacientovega zdravstvenega stanja tisto, kar tudi dela. Menim, da je kar pomemben člen v zdravstveni oskrbi pacienta, tako da jo kar malce zapostavljamo* (Far\_07).

*Nadzor in spremljanje učinkovitosti terapije, absolutno, to se strinjam, to bi morala medicinska sestra*

*delati že sedaj (Far\_07).*

*Spremljanje pacientovega zdravstvenega stanja je pa že dolgoletna vloga medicinske sestre (Ms\_03).*

*Model, ki bi bil meni sprejemljiv, bi bil v pomoč zdravstveni vzgoji, in to je to (Far\_04).*

*Edukacija pacientov o aplikaciji terapije, raznih razpršilnikov, insulina in podobno, to je odlično že sedaj organizirano (Zdr\_06).*

Intervjuvanci so si bili enotni, da je treba spremeniti kurikulum, vpeljati specializacije z ožjega specialnega področja in znotraj tega jasno definirati kompetence, kot jih imajo medicinske sestre v tujini.

*Predvsem medicinske sestre podučiti in jih naučiti, se pravi, da poznajo zdravila in njihove učinkovine (Ms\_02).*

*Prvo bom rekla boljše poučevanje medicinskih sester, da pridobijo omenjene kompetence, nato pa oblikovanje bolj ozkih, specialistično usmerjenih področij (Ms\_01).*

*Morda bi medicinske sestre lahko prevzele vse to, ampak bi bilo potrebno predhodno bolj temeljno izobraževanje (Zdr\_04).*

*Lahko bi prevzele večjo vlogo, zlasti medicinske sestre s specializacijami, vendar smo daleč od tega trenutno (Zdr\_07).*

### *Nevarnosti za razvoj vloge medicinske sestre v medpoklicnem sodelovanju na področju farmacevtske skrbi*

Intervjuvanci so izpostavljali podvajanje pristojnosti in možnost napak pri predpisovanju zdravil. Med izpostavljenimi nevarnostmi je bilo zaznati že omenjeni deficit znanja medicinskih sester ter »bojazen pred neprevzemanjem odgovornosti«.

*Nevarnosti? V primeru razširitve kompetenc so lahko enake, kot so sedaj, vsakdo se lahko zmoti (Ms\_02).*

*S tem bi medicinske sestre morale prevzeti odgovornost, pa bi? (Zdr\_02).*

*Pomankanje znanja medicinskih sester je največja nevarnost, s tem bi prišle napake pri predpisovanju (Far\_04).*

*Medicinske sestre nimajo znanja, to je največja nevarnost (Far\_03).*

*Nevarnost? Podvajanje pristojnosti, napake pri predpisovanju in malce tudi znanje (Zdr\_05).*

Razvidna sta tudi posledica tradicionalne podrejenosti medicinskih sester v zdravstvenem sistemu in pomanjkanje potrebne profesionalne samozavesti.

*Nevarnost je, da nas druge stroke ne bodo sprejele v takšni vlogi (Ms\_05).*

*Hmmm, mislim, da ne bi bila ta vloga preveč všeč zdravnikom ali farmacevtom (Ms\_02).*

*Problem je v tem, da me /medicinske sestre/ nismo enotne znotraj svoje stroke in s tem nas drugi vidijo kot labilne. Prvo moramo to spremeniti (Ms\_06).*

## **Diskusija**

Namen raziskave je bil s pomočjo matrike PSPN proučiti prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju zagotavljanja farmacevtske skrbi z vidika treh poklicnih skupin: zdravnikov, farmacevtov in medicinskih sester.

Raziskava pomembno prispeva k pojasnjevanju vloge medicinskih sester v medpoklicnem sodelovanju pri zagotavljanju farmacevtske skrbi v Sloveniji, saj vključuje pogled treh poklicnih skupin, ki so vključene v rokovanje z zdravili. Rezultati kažejo, da ima trenutna vloga medicinske sestre v zdravstvenem sistemu kar nekaj prednosti predvsem pri pripravi in aplikaciji terapije, nadzoru zdravstvenega stanja pacienta, poročanju o spremembah zdravstvenega stanja in neželenih učinkih ter zdravstveni vzgoji pacienta. Benner (2001) pravi, da medicinska sestra razvija kompetence na podlagi delovnih izkušenj oziroma ponavljajočih se situacij, s katerimi se srečuje v svojem delovnem okolju. Posledično bi lahko sklepali, da medicinska sestra postane specialistka na svojem področju delovanja. Med najbolj izpostavljenimi prednostnimi vlogami medicinske sestre je prav stalna prisotnost ob pacientu. Dejstvo je, da od vseh treh poklicnih skupin (medicinskih sester, zdravnikov in farmacevtov) prav medicinske sestre ob pacientu preživijo največ časa, s čimer pripomorejo k boljši in kakovostnejši obravnavi pacientov (Price, 2013).

Forster, Murff, Peterson, Gandhi, & Bates (2003) menijo, da multidisciplinarni pristop v modelu farmacevtske skrbi, znotraj katerega imajo medicinske sestre pomembno vlogo, zvišuje kakovost obravnave pacienta. Sistem zdravstvenega varstva je sestavljen kompleksno: za paciente skrbijo različni profesionalci na različnih področjih in nivojih zdravstvenega varstva. Ko govorimo o kakovosti prejete zdravstvene oskrbe in učinkovitosti samega sistema nudenja zdravstvenih storitev, je izrednega pomena prav koordinacija med njimi. Pomemben del predstavlja tudi farmacevtska skrb, pri čemer medicinske sestre prevzemajo pomemben del nalog (Anoz Jimenez et al., 2011).

Če govorimo o zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe, je torej nujno medpoklicno sodelovanje. Sodelovanje medicinske sestre, farmacevta in zdravnika je namreč tesno povezano s kakovostno zdravstveno oskrbo, zadovoljstvom pacientov, večjim ugledom vseh poklicnih skupin tako v strokovni kot splošni javnosti in večjim zaupanjem javnosti v zdravstveni sistem (Makowsky et al., 2009; Mušič, 2012; Anoz Jimenez et al., 2011; Khan et al., 2014; Wang et al., 2018).

Glavna težava v zdravstvu je, da vloge niso jasno opredeljene. Prav njihova opredelitev je namreč osnovni pogoj za kakovostno farmacevtsko skrb (Celio, Ninane, & Bugnon, 2018). Ena od večjih pomanjkljivosti, s katero



se trenutno soočajo zdravstvene stroke, je pomanjkanje kadra. Posledica tega sta tako pomanjkljivo delovanje kot tudi kakovost zdravstvene oskrbe (Kuhlmann & Larsen, 2013). Prav pomanjkanje kadra in posledično povečan obseg dela ter preobremenjenost so razlogi, ki so bili prepoznani kot ovire pri vključevanju medicinskih sester v farmacevtsko skrb. Zaradi pomanjkanja osebja v zdravstveni negi so menjave medicinskih sester na oddelkih pogoste; medicinska sestra nima stalnega delovnega mesta, ampak jo delodajalec menja glede na potrebe dela, kar je povezano s slabšimi rezultati glede izidov zdravstvene oskrbe in daljšo hospitalizacijo pacienta (Laine, Heijden, Wickstrom, Hasselkorn, & Tackenberg, 2009).

Naštetih problemi, kot so nezadostna usposobljenost in šibko opredeljene vloge medicinskih sester, odražajo tudi način izobraževanja. Rezultati naše raziskave kažejo, da se med trenutnimi slabostmi vloge medicinske sestre pri zagotavljanju farmacevtske skrbi izpostavlja pomanjkanje znanja na področju farmakoterapije oziroma farmakologije. Mnenja intervjuvancev naše raziskave kažejo na potrebo po vpeljevanju sprememb znotraj kurikulumuma zdravstvene nege. Izobraževalni programi zdravstvene nege morajo odpraviti slabosti, ki se pojavljajo v praksi, in skušati vplivati na njihove spremembe (Ebert, Hoffman, & Levett-Jones, 2014). Raziskava, ki so jo izvedli Brown, Stevens, & Kermod (2011), omenja, da izobraževanje in študijski programi zdravstvene nege predstavljajo priložnost za razvoj stroke, kar lahko povežemo s stališči intervjuvancev, da bi bila izboljšanje in nadgradnja kurikulumuma zdravstvene nege priložnost za jasnejši model farmacevtske skrbi pacienta, v katerem sodelujejo medicinske sestre. Podobno navaja Debout (2004), ki pravi, da bi morale biti specializacije v zdravstveni negi del prihodnosti omenjene profesije.

V Evropi je izobraževanje na področju farmacevtske skrbi zelo raznoliko; znotraj Evropske unije se tako precej razlikujejo tudi znanja in kompetence na tem področju. Le majhno število evropskih medicinskih sester se izobražuje v smeri predpisovanja zdravil in le nekatere to tudi dejansko počnejo (Prosen et al., 2018). Zanimivo je, da imajo le Nizozemska, Norveška, Španija, Poljska, Švedska in Velika Britanija možnost predpisovanja zdravil s strani medicinskih sester zakonsko opredeljeno, medtem ko večina drugih evropskih državah te pravne podlage nima (Maier & Aiken, 2016). V naši raziskavi so intervjuvanci izpostavili odvisno predpisovanje zdravil kot del prihodnjih nalog medicinske sestre, kar kaže na pozitivne premike tudi na tem področju. Vsekakor je treba v Evropi zaradi razlik razviti poenoten model farmacevtske skrbi, ki jasno opredeljuje vloge medicinskih sester na področju medpoklicnega sodelovanja. To bi prispevalo k podobnemu postopanju v okoljih, kjer takšno sodelovanje ni formalno razvito.

Raziskava, čeprav ni bila narejena strukturalna analiza besedila, kaže tudi na neurejena razmerja moči med različnimi poklicnimi skupinami. To potrjuje tisto, kar je sociolog Turner opredelil kot »triada v zdravstvu«: zdravnik je oče, medicinska sestra mati in pacient otrok. Med intervjuvanci so zlasti medicinske sestre izpostavile neenak in podrejen položaj v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami. Skrbi jih tudi mnenje javnosti, saj slednja medicinskih sester v tej vlogi ne pozna. Pri tem gre za vprašanje družbenega priznanja poklica, ki je v nekaterih okoljih bolj, v drugih manj priznan (Manzano-Garcia & Ayala-Calvo, 2014). Vsekakor medicinske sestre potrebujejo večjo mero kolektivne profesionalne samozavesti, ki pa jo soustvarjata izobraževanje in socializacija v profesijo.

## Zaključek

Raziskava je pomagala opredeliti vlogo medicinske sestre v farmacevtski skrbi; predvsem je nakazala vidike različnih poklicnih skupin v zdravstvu. Te ugotovitve pomembno vplivajo na nadaljnje raziskovanje in oblikovanje modela medpoklicnega sodelovanja na področju farmacevtske skrbi. Vključevanje medpoklicnega sodelovanja v farmacevtsko skrb za pacienta je zelo pomembno in pozitivno vpliva na zdravstvene izide pacienta, vendar morajo biti medicinske sestre v primerjavi s preostalimi profili enakovredne, zato jih je treba spodbujati k nadaljnjemu izobraževanju, sodelovanju v raziskovanju in širitvi nabora kompetenc. Raziskava je pokazala, da si medicinske sestre želijo dodatnih kompetenc in večjih pristojnosti, medtem ko farmacevti temu niso ravno naklonjeni. Morda to ne pomeni, da nasprotujejo vlogi medicinske sestre v farmacevtski skrbi, temveč le, da ne poznajo dovolj njenega dela.

Raziskava je vsekakor podala nekatere iztočnice za oblikovanje kakovostnega modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju farmacevtske skrbi – od tistih, vezanih na prakso zdravstvene nege, do tistih, vezanih na izobraževanje medicinskih sester –, vendar so potrebne kvantitativne raziskave večjega obsega v kliničnem okolju.

## Zahvala / Acknowledgements

Zahvaljujemo se vsem sodelujočim v raziskavi. / We thank all the participants in the research.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

## Financiranje / Funding

Raziskava je bila financirana v okviru ERASMUS+ KA2 projekta »Razvoj modela medpoklicnega

sodelovanja medicinskih sester v okviru farmacevtske skrbi« (ID 2018-1-BE02-KA203-046861). Financer ni imel nobene vloge pri snovanju raziskovalnega dizajna, zbiranju, analizi in interpretaciji podatkov, pisanju članka in pri odločitvi za objavo. / The study was funded as part of the ERASMUS+ KA2 project *Development of a model for nurses' role in interprofessional pharmaceutical care* (ID 2018-1-BE02-KA203-046861). The funding source had no role in: study design; the collection, analysis and interpretation of data; the writing of the manuscript; and in the decision to submit the manuscript for publication.

## **Etika raziskovanja / Ethical approval**

Raziskava je dobila soglasje Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko, številka 0120-516/2018/6. / The research received consensus from the National Medical Ethics Committee, decision Nr. 0120-516/2018/6.

## **Prispevek avtorjev / Author contributions**

Tretji, četrti in peti avtor so sodelovali pri snovanju raziskovalnega dizajna. Prvi in drugi avtor sta sodelovala pri zbiranju podatkov. Vsi avtorji so sodelovali pri analizi in interpretaciji podatkov. Prvi avtor je pripravil osnutek članka, ki so ga nato preostali avtorji pripeljali do dokončne oblike. / The third, fourth and fifth author have contributed in developing research design. The first and second author have collected the data. All authors have contributed to the analysis and interpretation of the gathered data. The first author has prepared a draft of the article, to which the rest of the authors brought to the final and approved version.

## **Literatura**

Alleman, S. S., Van Mill, J. W. F., Botermann, L., Berger, K., Griese, N., & Hersberger, K. E. (2014). Pharmaceutical care: DPCNE definition 2013. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36(3), 544–555.  
<https://doi.org/10.1007/s11096-014-9933-x>

Anoz Jimenez, L., Ferrer Ferrer, C., Becerril Moreno, F., Navarro de Lara, S., & Estaun Diaz de Villegas, E. (2011). Nursing interventions as part of an integral pharmaceutical care team. *Farmacia Hospitalaria*, 35(1), 1–7.  
[https://doi.org/10.1016/S2173-5085\(11\)70001-6](https://doi.org/10.1016/S2173-5085(11)70001-6)

Asiamah, N., Mensah, H. K., & Oteng-Abayie, E. (2017). General, target, and accessible population: Demystifying the concepts for effective sampling. *The Qualitative Report*, 22(6), 1607–1621.  
<https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2674>

Brown, J., Stevens, J., & Kermode, S. (2011). Supporting student nurse professionalisation: The role of the clinical teacher. *Nurse Education Today*, 32(1), 606–610.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.08.007>  
PMid:21907468

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Choo, J., Hutchinson, A., & Bucknall, T. (2010). Nurses' role in medication safety. *Journal of Nursing Management*, 18, 853–861.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01164.x>  
PMid:20946221

Celio, J., Ninane, F., & Bugnon, O. (2010). Pharmacist-nurses collaboration in medication adherence-enhancing interventions: A review. *Patient Education and Counseling*, 100(7), 1175–1192.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.022>  
PMid:29628282

De Baetselier, E., Van Rompaey, B., Batalha, I. M., Bergqvist, M., Czarkowska-Paczek, B., De Santis, A., & Dilles, A. (2020). EUPRON: Nurses practice in interprofessional pharmaceutical care in Europe: A cross-sectional survey in 17 countries. *BMJ Open*, 10(6), Article e036269.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036269>  
PMid:32499269; PMCid:PMC7282395

Dilles, T., Vander Stichele, R., Van Rompaey, B., Van Bortel, L., & Elseviers, M. (2010). Nurses' practices in pharmacotherapy and their association with educational level. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1072–1079.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05268.x>  
PMid:20337787

Debout, C. (2004). Quelles formations pour quelles compétences infirmières dans l'avenir? [Which education for which nursing competences in the future?]. *Soins*, 684(1), 54–57.  
PMid:15151080.

Ebert, L., Hoffman, K., & Levett-Jones, T. (2014). They have no idea of what we do or what we know: Australian graduated perceptions of working in a health care team. *Nurse Education and Practice*, 14(5), 544–550.  
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.06.005>  
PMid:24999074

Forster, A. J., Murff, H. J., Peterson, J. F., Gandhi, T. K., & Bates, D. W. (2003). The incidence and severity of adverse events affecting patient after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine*, 138, 161–167.  
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00007>  
PMid:12558354

Heczkova, J., & Dilles, T. (2020). Advanced nurses' practices related to pharmaceutical care in the Czech Republic. *Nursing in 21st century*, 19(3), 155–162.  
<https://doi.org/10.2478/pielxxiv-2020-0021>

- Khan, A. N., Khan, M. U., Shoaib, M. H., Yousuf, R. I., & Mir, S. A. (2014). Practice nurses and pharmacists: A perspective on the expectation and experience of nurses for future collaboration. *Oman Medical Journal*, 29(4), 271–275. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.71> PMID:25170408; PMCID:PMC4137584
- Kuhlmann, E., & Larsen, C. (2013). Long term care in Europe: Challenges and strategies in nursing staff management. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(8), 1064–1071. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1745-y> PMID:23884521
- Kaae, S., & Traulsen, J. M. (2015). Qualitative methods in pharmacy practice research. In B. Zaheen (Ed.). *Pharmacy Practice Research Methods* (pp. 49–68). Zuidlaren: Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-14672-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-14672-0_4)
- Laine, M., Heijden, B. V. D., Wickstrom, G., Hasselkorn, H. M., & Tackenberg, P. (2009). Job insecurity and intend to live from the nursing profession in Europe: A cross curural comparison on the impact of job insecurity apon intend to live. *The International Journal of Human Resource Management*, 20(2), 420–438. <https://doi.org/10.1080/09585190802673486>
- Mušič, A. (2012). Medicinske sestre in povezanost splošnega zadovoljstva na delovnem mestu s komuniciranjem v timu, z zdravnikom in z vodstvom. In A. Tomavčević (Ed.). *Odzivi na gospodarsko krizo: Inovativnost, podjetništvo, trajnostni razvoj* (pp. 31–37). Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Manzano-Garcia, G., & Ayala-Calvo, J. C. (2014). An overview of nursing in Europe: A SWOT analysis. *Nursing Inquiry*, 21(4), 358–367. <https://doi.org/10.1111/nin.12069> PMID:24738741
- Makowsky, M. J., Schindel, T. J., Rosenthal, M., Campbell, K., Tsuyuki, R. T., & Madill, H. M. (2009). Collaboration between pharmacists, physicians and nurse practitioners: A qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting. *Journal of Interprofessional Care*, 23(2), 169–184. <https://doi.org/10.1080/13561820802602552> PMID:19234987
- Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Tasks shifting from physician to nurses in primary care in 39 countries: A cross-country comparative study. *European journal of Public Health*, 26(6), 927–932. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098> PMID:27485719
- Morley, L., & Cashell, A. (2017). Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48(2), 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071> PMID:31047370
- Moder, A., & Korstjens, I. (2018). Practical guidance to qualitative research Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European Journal of General Practice*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>
- Price, A. M. (2013). Caring and technology in an intensive care unit: An ethnographic study. *Nursing in Critical Care*, 18(6), 278–288. <https://doi.org/10.1111/nicc.12032> PMID:24165069
- Polit, D. F., & Beck, C. T., (2020). *Nursing research*. Philadelphia: Wolter Kluwer Health.
- Prosen, M., Ličen, S., & Karnjuš, I. (2018). *Vloga medicinskih sester v medpoklicnem sodelovanju v okviru farmacevtske skrbi v Evropi: Rezultati EUPRON projekta za Slovenijo*. Izola: Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju.
- Prosen, M., Karnjuš, I., & Ličen, S. (2019). *Poročilo kvalitativne raziskave o medpoklicnem sodelovanju medicinskih sester v okviru farmacevtske skrbi v Sloveniji: Projekt DemoPhaC*. Izola: Univerza na Primorskem Fakulteta za vede o zdravju.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description. *Research in Nursing and Health*, 23(4), 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)
- Vaismoradi, M., Jordan, S., Vizcaya-Moreno, F., Friedl, I., & Glarcher, M. (2020). PRN medicines optimization and nurse education. *Pharmacy*, 8(4), 201. <https://doi.org/10.3390/pharmacy8040201> PMID:33114731; PMCID:PMC7712763
- Vasileiou, K., Barnett, J., Thorpe, S., & Young, T. (2018). Characterising and justifying sample size sufficiency in interview-based studies: Systematic analysis of qualitative health research over a 15-year period. *Medical Research Methodology*, 18, 148. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0594-7>
- Wang, S. P., Wang, J., Huang, Q. H., Zhang, Y. H., & Liu, J. (2018). Pharmacy and nursing students' attitudes toward nurse-pharmacist collaboration at a Chinese university. *BMC Medical Education*, 18(1), 179–179. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1285-0> PMID:30068328 PMCID:PMC6090867
- Yin, K. R. (2010). *Qualitative research from start to finish*. New York: The Guilford Press.

*Citirajte kot / Cite as:*

Petrović, M., Osmančević, B., Ličen, S., Karnjuš, I., & Prosen, M. (2021). Oblikovanje modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju zagotavljanja farmacevtske skrbi: kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), 92–101. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.3034>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

## Izkušnje zaposlenih z uporabo metode montessori pri delu s starejšimi in osebami z demenco v domu starejših občanov: študija primera

Experiences of caregivers with the use of the Montessori Method in working with the elderly and people with dementia in a care home: A case study

Špela Mihevc<sup>1</sup>\*, Tanja Križaj<sup>2</sup>, Marija Petek Šter<sup>3</sup>

**Ključne besede:** kvalitativna metoda; pristop, usmerjen k uporabniku; zaposleni

**Key words:** qualitative method; client-centered approach; employee

<sup>1</sup> Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Katedra za delovno terapijo, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

<sup>2</sup> University of Plymouth, Faculty of Health: Medicine, Dentistry and Human Sciences, School of Health Professionals, Peninsula Allied Health Centre, Derriford Road, PL68BH, Plymouth, Velika Britanija

<sup>3</sup> Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Slovenija

\* Korespondenčni avtor / Corresponding author: spela.mihevc@zf.uni-lj.si

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Špele Mihevc *Izkušnje zaposlenih v domu starejših z uporabo metode montessori pri delu s starejšimi in z osebami z demenco* (2019).



Prejeto / Received: 27. 2. 2020  
Sprejeto / Accepted: 17. 5. 2021

<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.3024>

### IZVLEČEK

**Uvod:** Pristop, usmerjen k uporabniku, prispeva h kakovosti življenja starejših in oseb z demenco v domu starejših občanov ter k dobremu počutju zaposlenih na delovnem mestu. Namen raziskave je bil ugotoviti izkušnje zaposlenih v domu starejših občanov z uporabo metode montessori pri delu s starejšimi in osebami z demenco.

**Metode:** Narejena je bila študija primera v domu starejših občanov, kjer uporabljajo metodo montessori. Delno strukturirani intervjuji so bili izvedeni z enajstimi zaposlenimi v enem izmed domov za starejše občane v Sloveniji. Za analizo podatkov je bila uporabljena metoda analize vsebine.

**Rezultati:** Identificirane so bile štiri kategorije: (1) vsebinski in organizacijski vidiki metode montessori pri obravnavi starejših in oseb z demenco; (2) sodelovanje med zaposlenimi, stanovalci in svojci; (3) osebni razvoj zaposlenih; (4) pomen izobraževanja za zaposlene. Raziskava pri izkušnjah zaposlenih v obravnavi starejših in oseb z demenco pokaže preplet vseh kategorij.

**Diskusija in zaključek:** Ugotovitve prispevajo novo znanje na področju uporabe metode montessori v domovih za starejše občane. Izkušnje zaposlenih so pokazale, da uporaba metode montessori pripomore k boljšemu razumevanju pomena sodelovanja, izobraževanja ter s tem povezanega osebnega razvoja zaposlenih. V praksi je priporočeno sistematično uvajati metodo montessori za starejše in osebe z demenco s poudarkom na izobraževanju, ki je nujna podlaga za praktično delo. Predlagamo nadaljnje raziskovanje izkušenj zaposlenih ter iskanje možnosti za uvajanje metode tudi v druge domove starejših občanov.

### ABSTRACT

**Introduction:** A client-centered approach contributes to a higher quality of life of the elderly and people with dementia in care homes, and to the well-being of caregivers in the workplace. The aim of the study was to explore the experiences of caregivers working with the elderly and people with dementia with the Montessori Method in care homes

**Methods:** A case study was conducted in a care home where the Montessori Method is used. Data were obtained with face-to-face semi-structured interviews with eleven employees. Content analysis was used for data analysis.

**Results:** Four categories were identified: (1) the substantive and organizational aspects of the Montessori Method in the treatment of the elderly and persons with dementia; (2) cooperation between employees, residents and relatives; (3) employees' personal development; (4) significance of education for adults. The results have revealed a link between all the categories regarding the experiences of caregivers in the treatment of the elderly and people with dementia.

**Discussion and conclusion:** The results of the case study contribute new knowledge about the application of the Montessori Method in care homes. Caregivers' experiences have revealed that the use of the Montessori Method contributes to a better understanding of the importance of cooperation and education, and consequently also caregivers' personal development. In practice, a systematic implementation of the Montessori Method in the work with the elderly and people with dementia with an emphasis on education that is the basis of practical work, is recommended. Further research of the experiences of caregivers should be conducted and the search for the possibilities of the implementation of the Method in other care homes should be undertaken.

## Uvod

Metoda montessori vključuje elemente bio-psiho-socialnega modela in pristopa, usmerjenega k uporabniku. Temelji na načelih, ki naj bi bila vidna in prepoznana v vseh dejavnostih. Načela vodijo načrtovanje, izvedbo ter vrednotenje (Camp, 2010). Metoda je posebej prilagojena delu s starejšimi in osebami z demenco s poudarkom na dejavnostih, ki imajo za obolelega smisel in namen, s ciljem doseganja čim višje stopnje samostojnosti pri vsakodnevni dejavnostih (Ljubič & Štemberger Kolnik, 2017). Pristop, usmerjen k uporabniku, predstavlja vodilno idejo sprememb tudi v zdravstvenem sistemu in zdravstvene strokovnjake spodbuja k razmisleku o celostnem pogledu na uporabnika, na njegove pretekle izkušnje, vrednote, prioritete, želje in cilje (Križaj & Hurst, 2013). Za zagotovitev sodelovanja je potrebna vzpostavitev partnerskega odnosa med uporabnikom in zdravstvenim delavcem, upoštevati pa je treba tudi dejavnike, kot so okolje, v katerem se sodelovanje odvija, in razpoložljiva sredstva za učinkovito sodelovanje. Prav tako je uporaba bio-psiho-socialnega modela in pristopa, usmerjenega k uporabniku, odvisna od motivacije obeh (vseh) akterjev v tem procesu – tako posameznikov kot vrednot in vizije organizacije, v kateri se proces odvija (Križaj & Hurst, 2013).

Obstoječa literatura (Ducak, 2012; Cook, Thompson, & Reed, 2015; Alsawy, Mansell, McEvoy, & Tai, 2017; Coates & Fossey, 2019) kaže potrebo po raziskovanju poglobljenih izkušenj zaposlenih, ki pri svojem delu uporabljajo metodo montessori. Mihevc & Skela Savič (2019) sta v svojem raziskovalnem projektu pridobili rezultate, ki so pokazali, da uporaba metode montessori nadpovprečno poveča dobro počutje zaposlenih na delovnem mestu, nadpovprečno poveča sodelovanje med zaposlenimi na delovnem mestu, nadpovprečno poveča kompetentnost na delovnem mestu – tako glede na pogostost uporabe kot tudi glede na leta uporabe metode montessori (Mihevc & Skela Savič, 2019).

### *Namen in cilji*

Namen raziskave je bil preučiti in bolje razumeti izkušnje zaposlenih, ki v domu starejših občanov pri delu s starejšimi in osebami z demenco uporabljajo metodo montessori s ciljem bolje razumeti pomen, ki ga ima slednja za njihovo delo in življenje. Raziskovalni vprašanji sta bili: Kakšne so izkušnje zaposlenih v domu starejših občanov z uporabo metode montessori pri delu s starejšimi in osebami z demenco? Kakšno je razumevanje pomena, ki ga ima uporaba metode montessori za njihovo delo in življenje?

## Metoda

Uporabljena je bila kvalitativna metoda raziskovanja z namenom razumevanja izkušenj, vrednot, prepričan

in obnašanja udeležencev v povezavi s kontekstom, v katerem je izvedena raziskava (Braun & Clarke, 2013). Gre za študijo primera (Chetty, 2013), izbrano z namenom preučevanja izkušenj zaposlenih glede uporabe metode montessori v institucionalnem varstvu. Poudarek je na proučevanju subjektivnih doživetij posameznika in na ugotavljanju pomena, ki ga posameznik pripisuje posameznim dogodkom, pri čemer niso zanemarjeni niti subjektivni pogledi raziskovalca na proučeno situacijo (Kordeš & Smrdu, 2015). Tovrsten pristop raziskuje fenomen, njegovo naravo in pomen skozi individualno izkušnjo v času in prostoru (Patton, 2015).

### *Opis instrumenta*

Podatki so bili pridobljeni s pomočjo delno strukturiranih intervjujev. Kot predlagata Braun & Clarke (2013), so bila vprašanja intervjuja oblikovana na podlagi pregleda domače in tuje strokovne ter znanstvene literature. Intervjuji so vsebovali ključne teme oziroma vnaprej določena usmerjevalna vprašanja, ki se nanašajo na izkušnje udeležencev pri uporabi metode montessori v njihovi vsakodnevni praksi. V intervjujih so bili v vprašanji zajeti naslednji vsebinski sklopi: izkušnje glede pristopov, pri katerih je stanovalc v centru obravnave; izkušnje s povezovanjem principov metode montessori za starejše in osebe z demenco s celostnim pristopom in pristopom, usmerjenim k stanovalcu; izkušnje z uporabo načel metode montessori pri delu s starejšimi in osebami z demenco; izkušnje z uporabo metode montessori in posledično večjim sodelovanjem s sodelavci; izkušnje s prispevkom k boljšemu počutju na delovnem mestu z uporabo metode montessori.

### *Opis vzorca*

Namenski vzorec je vključeval enajst zaposlenih. Vsi udeleženci pri svojem delu uporabljajo metodo montessori. Povprečna starost sodelujočih je bila devetintrideset let. V raziskavi je sodeloval en moški predstavnik, ostale so bile udeleženke. Glede na izobrazbo so sodelovali štirje bolničarji negovalci, predstavnica vodstva, štirje predstavniki različnih zdravstvenih smeri, predstavnica socialne stroke in administrativna delavka. Povprečna delovna doba udeležencev je bila trinajst let. Vsi udeleženci so se izobraževali po metodi dr. Camerona J. Campa (Camp, 2010).

### *Opis poteka raziskave in obdelave podatkov*

Pridobili smo pisno soglasje posameznih zaposlenih, sodelujočih v raziskavi. Priloga k soglasju je vsebovala namen raziskave, informacije o raziskovalcu, opis zbiranja podatkov ter informacije o snemanju intervjujev, zaupnosti, prostovoljni udeležbi in pravici,

da lahko na svojo željo kadar koli prenehajo sodelovati. S soglasjem vodstva zavoda je izvedba intervjujev potekala na delovnem mestu. Urnik poteka intervjujev je logistično uredila ključna oseba v domu starejših, ki je tudi sama sodelovala v intervjuju, ni pa bila nadrejena ostalim udeležencem. Za vsak posamezen intervju je bil zagotovljen miren prostor, brez večjih motečih dejavnikov. Pred začetkom intervjuja so udeleženci prebrali pojasnilo o raziskavi in imeli možnost postaviti vprašanja. Seznanjeni so bili s potekom intervjuja in snemanja ter hrambe pridobljenih podatkov (Green & Thorogood, 2004). Udeleženci so imeli možnost pregleda zapisa intervjuja. Povprečno so intervjuji trajali dvanajst minut.

Za analizo podatkov je bila uporabljena vsebinska analiza besedila s poudarkom na razumevanju in interpretaciji situacij, procesov, ravnanj in drugega z vidika udeležencev. Vsebinska analiza skuša s kodiranjem in kategoriziranjem besedila oblikovati teoretično razlago preučevanega pojava. Postopek vsebinske analize je potekal v šestih fazah: urejanje gradiva; določitev enot kodiranja; kodiranje; izbor in definiranje relevantnih pojmov in oblikovanje kategorij; definiranje kategorij; oblikovanje končne teoretične formulacije (Vogrinc, 2008).

Izvedena sta bila dobesečen prepis intervjujev in sprotne analiza, kar nam je omogočilo, da smo zaznali zasičenost podatkov (Kordeš & Smrdu, 2015). V prepisu so razvidni vprašanja raziskovalke in odgovori udeležencev ter tudi njihova neverbalna sporočila. Sledilo je večkratno branje, odprto kodiranje kot postopek kategoriziranja in razvrščanja podatkov, v katerem smo posameznim delom besedila pripisali kode. Besedila, ki smo jim pripisali iste kode, smo zbrali, ločili od besedil, ki sodijo pod drugo kodo, in s tem organizirali podatke. Nadalje smo kode, ki se nanašajo na podobne pojave, združili v kategorije in s tem opredelili povezave med posameznimi kodami (Vogrinc, 2008).

Uporabljena je bila metoda za zagotavljanje verodostojnosti raziskovalnega procesa. Zunanji raziskovalec (T. K.) je ločeno kodiral prvi intervju z namenom izboljšanja zanesljivosti rezultatov (Bryman, 2012). Veljavnost in zanesljivost smo zagotavljali s transparentnim zapisom vseh korakov in nazornim opisom rezultatov, podprtih s citati intervjuvancev (Lincoln & Guba, 1985). Raziskovalka je uporabljala metodo refleksije skozi celoten raziskovalni proces (Korstjens & Moser, 2018).

## Rezultati

V okviru analize besedila smo oblikovali štiriinpetdeset kod, ki so utemeljene s citati udeležencev. Z namenom zagotavljanja anonimnosti so za imena udeležencev uporabljeni psevdonimi, številke v oklepajih pa predstavljajo števila kod in strani v zapisih. Iz kod smo razvili šestnajst podkategorij, ki tvorijo štiri zaključene kategorije:

vsebinski in organizacijski vidiki metode montessori pri obravnavi starejših in oseb z demenco; sodelovanje med zaposlenimi, stanovalci in svojci; osebni razvoj zaposlenih in izobraževanje (Tabela 1).

V nadaljevanju sledijo utemeljitev kod s citati, združevanje kod v podkategorije in razvite kategorije.

### *Prva kategorija: Vsebinski in organizacijski vidiki metode montessori pri obravnavi starejših in oseb z demenco*

Vsebinski in organizacijski vidiki metode montessori pri obravnavi starejših in oseb z demenco vključujejo izzive pri implementaciji metode, pomen celostnega, k stanovalcu usmerjenega pristopa, načela metode montessori ter pomen prilagoditve okolja in potrebnih materialov.

#### *Izzivi pri implementaciji metode*

Udeleženci so si bili enotni, da je za doseganje sprememb ključnega pomena motivacija.

*/P/a če vsak nekaj naredi, pa vseeno neko bistvo dosežemo, pa je že to veliko, da imamo voljo, no, da stremimo k temu, da vpeljujemo to metodo* (Andreja, 62, p4). Metoda montessori zahteva svoj čas za vpeljevanje, pa tudi čas, ki ga nameniš stanovalcu.

*/S/e res dopolnjujemo, res, da gremo počasi s koraki, ampak se mi zdi, da napredujemo* (Andreja, 43, p3).

Zaposleni so izrazili tudi skrb in željo po razumevanju vseh vpletenih v proces vpeljevanja metode, vključno z nadrejenimi, in obstoječih smernic ter zakonskih predpisov za delo v institucionalnem varstvu odraslih.

*/I/n se mi zdi, da pač se umeščamo to, ne, bi mogli tudi naš prostor, sploh v zdravstvu vsepovsod, in bi bilo treba marsikaj tudi spremeniti, ker če ima zdravstveni delavec dovolj časa, se lahko tudi več posveti uporabniku in seveda so tudi večji napredki* (Marija, 55–58, p4).

*Potem pa tudi samo okolje, vse je treba temu prilagoditi, ker dejansko mi smo majčkeno, kako naj rečem, prešibki, če nam ne bodo tisti gor na višjih inštancah prisluhnili, da bomo dejansko lahko to vpeljevali* (Mojca, 35–36, p6).

#### *Načela metode montessori*

Metoda montessori ima dvanajst načel. V intervjujih sta bili največkrat izpostavljeni dve načeli. Prvo pravi, da se v odnosu do stanovalca zaposleni prilagodi njegovemu tempu (to načelo velja tudi v komunikaciji med zaposlenimi in s svojci).

*/I/zkustveno spoznanje, ki se mi vedno znova potrjuje, da stanovalci počasi govorijo zaradi različnih razlogov, ampak če jaz govorim tako hitro kot oni, je komunikacija skoraj brez težav* (Edita, 25, p2).

Drugo največkrat izpostavljeno načelo pa je bilo, da s tem ko narediš nekaj namesto stanovalca, mu to tudi vzameš.

*/G/remo počasi s koraki, ampak se mi zdi, da pa napredujemo, že zaposleni tudi malo bolj ozavešeni o tem, da je boljše, da smo malo včasih, nekaj sam naredi,*

*kot pa mi ne; da če stanovalc nekaj sam zmore, da je bolje, da to ohranjamo* (Andreja, 44–45, p3).

Udeleženci so se večkrat dotaknili teme, da je stanovalcu treba dopustiti samostojno izvajanje dejavnosti do tiste mere, ko jo še lahko opravi sam; da se naloge razdelijo na manjše dele; da se

k samostojnosti vzpodbuja z navodili, s čimer se ohranjata stanovalčeva samostojnost in dostojanstvo.

*/S/e mi tudi zdi pomembno, da en drugega, med sabo sodelujejo, da še krepijo neke tiste vezi, pa en drugega tudi spodbujajo, ko se vidijo, mogoče bolj sodelujejo* (Andreja, 19–22, p2).

**Tabela 1:** Kategorije, podkategorije in kode, pridobljene na osnovi analize besedila

**Table 1:** Categories, subcategories and codes obtained from text analysis

| Kategorija / Category  | Podkategorija / Sub-category            | Koda / Code   |
|--|---|---|
| Vsebinski in organizacijski vidiki metode montessori pri obravnavi starejših in oseb z demenco | Izzivi pri implementaciji metode        | Vodenje organizacije<br>Čas<br>Strah<br>Zakonski predpisi<br>Motivacija   |
|  | Načela metode montessori                | Sprememba vedenja<br>Usmeritev<br>Odnos do stanovalca in sodelavca  |
|  | Celosten pristop, usmerjen k stanovalcu | Poznavanje stanovalca<br>Evalvacija<br>Stanovalčeve potrebe in želje<br>Možnost izbire<br>Prioritete zaposlenih Profesionalna odgovornost |
|  | Prilagoditev okolja in materialov       | Domačnost<br>Pripomoček zaposlenemu<br>Lažja izvedba aktivnosti<br>Odzivno vedenje  |
| Sodelovanje med zaposlenimi, stanovalci in svojci  | Pomen za zaposlene                      | Stalnost kadra<br>Povezanost<br>Razumevanje<br>Sprotno reševanje težav  |
|  | Pomen za stanovalce                     | Življenjska zgodba<br>Izražanje želja<br>Učinkovitost<br>Samostojnost   |
|  | Pomen za svojce                         | Usposabljanje<br>Partnerji v obravnavi  |
|  | Komunikacija                            | Management<br>Sodelavci<br>Stanovalci   |
| Osebni razvoj zaposlenih   | Načini prenosa znanja                   | Primeri dobre prakse<br>Izkušnje<br>Razumevanje stanovalca in njegovih prioritet<br>Redni timski sestanki                                 |
|  | Zadovoljstvo na delovnem mestu          | Jasne usmeritve<br>Pozitiven stres<br>Stanovalci<br>Plačilo   |
|  | Prenos v domače okolje                  | Načela metode montessori<br>Uspeh na delovnem mestu   |
| Izobraževanje  | Osebna rast                             | Izziv<br>Popolna miselna prisotnost<br>Profesionalni razvoj<br>Vrednote<br>Samozavest   |
|  | Formalno izobraževanje                  | Preverjanje znanja<br>Potrdilo o izobrazbi  |
|  | Neformalno izobraževanje                | Navodila<br>Demonstracija<br>Zapiski  |
|  | Permanentno izobraževanje               | Motivacija<br>Ozaveščanje   |
|  | Prenos znanja, veščin in stališč        | Interes   |

Uporaba načel metode montessori napeljuje na spremembo vedenja tako stanovalcev kot zaposlenih.

*Meni se zdi, da odkar uporabljam to metodo, da sem jaz tudi sam veliko bolj zadovoljen s svojim delom, ker se res povežeš s stanovalci veliko bolj, jim daš možnost, in potem ko vidiš tisti nasmeh na obrazu, da ti človek dejansko pove, da je to res, da je hvaležen, da mu daš možnost (Tomaž, 26–27, p3).*

### *Celosten pristop, usmerjen k stanovalcu*

Udeleženci so si enotni v razmišljanju, da sta poznavanje stanovalca pred vselitvijo v dom ter upoštevanje njegovih želja in potreb edini pravi filozofiji, ki zaposlenega sicer nemalokrat postavita v položaj, ko mora razmisliti o svojih profesionalnih prioritetah.

*/T/o je zelo pomembno, da terapevt oziroma vsi delavci v domu spoštujejo njihovo mnenje, jih vprašamo, jim damo izbiro (Tomaž, 6–8, p1).*

*/P/a ga res celostno gledati, ne samo gledati fizičnih, psihičnih simptomov, ampak njega takega, kakršen je. Pri tem pa je treba tudi upoštevati, da je on imel življenje, predno se je preselil k nam v dom, pa da ga je verjetno to oziroma ga je življenje izoblikovalo. S seboj je pač prinesel neko zgodovino, navade, načine in mi se moramo, mi moramo njemu, da se s temi, to njegovo zgodovino, načini, karakterjem čim bolj počuti v našem domu (Lili, 4–6, p1).*

Pri tovrstnem delu se izkaže potreba po še bolj tesnem sodelovanju, ki včasih tudi zabriše meje profesionalnih odgovornosti. Poznavanje in razumevanje stanovalca ter njegovih ciljev glede na dejanske zmožnosti zaposlenemu omogočita jasno načrtovanje in ovrednotenje stanja, napredka.

*/J/e pač na nivoju stanovalca, vsakemu se prilagodi in tam se tudi lahko svojci vključujejo, ne, lažje potem zraven vsi tisti, ki jih obiskujejo, pa tudi zaposleni potem drugače pristopajo. Res pa je, moraš za vsakega posameznika potem tudi vedeti, koliko zmore, lažje se tudi potem evalvira nekaj (Andreja, 26–29, p2).*

### *Prilagoditev okolja in materialov*

S prilagoditvijo okolja (ožjega in širšega) se stanovalcu omogoči, da se počuti kot doma. Omogoči se mu večja stopnja samostojnosti pri skrbi zase in pri izrabi prostega časa.

*/D/a ko nekdo opeša, da bi pač zaradi naše lažje organizacije taka selitev bila potrebna, stanovalcu ni do tega, ker se je pač navezal na svoje, svojo sobo, jo opremil po svojem načinu oziroma po želji, in se pač poskušamo tako organizirati, da mu nudimo pomoč, čeprav je organizacijsko to težje, moramo. In se prilagoditi njemu, ampak se (Lili, 13, p1).*

Metoda montessori tudi od zaposlenega predvideva določeno stopnjo prilagodljivosti, vezano na opravljanje vsakodnevnih nalog, hkrati pa mu z

individualno izdelanimi materiali omogoči lažje, kakovostno in učinkovito doseganje ciljev.

*/K/ako naj rečem, ti pripomočki, /.../ v bistvu ni to samo za njih, /.../ v tem smislu vidim, kaj jih vzpodbujajo. Tako, tako, zanimivo kot tiste slikovne zadeve, tako sem se prav poglobila in sem potem študirala (Mojca, 29, p1).*

S prilagoditvijo okolja in izdelavo materialov, vezanih na stanovalčeve potrebe, se stanovalcu omogoči lažja izvedba dejavnosti, zmanjša se odzivno vedenje kot posledica stanovalčevih stisk.

*/Č/e se tega na tem delu ne upošteva, so rezultati dela bistveno slabši, več vidimo tega, bom rekla neprimerne, odzivnega vedenja, ker vendarle ljudje s tem kažejo, da tudi tako potihem protestirajo, če temu ni tako (Andreja, 3, p1).*

### *Druga kategorija: Sodelovanje med zaposlenimi, stanovalci in svojci*

Sodelovanje deležnikov vključuje sodelovanje med zaposlenimi, stanovalci, svojci, njihovo medsebojno komunikacijo in načine prenosa znanja.

### *Pomen za zaposlene*

Delo s starejšimi in osebami z demenco zahteva povezano in usklajeno delovanje znotraj tima.

*Ja, delo skupno je definitivno pomembno in pomembna je tudi stalnost kadra. Ne samo zaradi nas, ampak tudi zaradi stanovalcev. Zelo velikega pomena (Mojca, 21, p4).*

Udeleženci so izpostavili, da sta za reševanje vsakodnevnih težav pomembna medsebojno razumevanje in povezovanje.

*Skupaj iščemo načine in na ta način pač skupaj razmišljamo, pa odkrivamo ideje, kako stanovalcu pomagati, recimo sploh, če je zaradi demence vznemirjen, pa skupaj iščemo načine, kako ga pomiriti ali pa kako mu pomagati. Na tak način spoznavamo tudi drug drugega, naše razmišljanje. Pa se mi zdi, da se preko teh pogovorov, sodelovanja pač povežemo ali pa lažje razumemo drug drugega, kako mi mislimo ali pa kako bi mi ukrepali (Lili, 22–24, 35, p3).*

Izraba vsebin na skupnih sestankih je nujna za iskanje konstruktivnih rešitev in prenos znanj ter večšin, vezanih na posebnosti posameznih stanovalcev.

*Pa tam so stalni sodelavci, pa tudi redna tedenska srečanja. Tam se vsak petek dobimo in predebatiramo stvari. /.../ Rešuje to ožji tim /.../ in se sklepi posredujejo na rednih jutranjih raportih (Lili, 28–29, p3).*

### *Pomen za stanovalce*

Udeleženci so prepoznali, kako pomembna sta poznavanje stanovalčevih preteklih izkušenj in spoštovanje njegovih vrednot.

*/T/a življenjska zgodba, ki naj bi jo naredili ob*



*sprejemu, je zelo, zelo pomembnega, ključnega pomena* (Eva, 16, p3).

*Stanovalec se mora počutiti pri nas doma. Vedno mu moramo dati na razpolago, da on odloča* (Alenka, 1–3, p1).

Poudarili so pomen prilagajanja stanovalčevega okolja z namenom ohranjanja in povečevanja samostojnosti in dobrega počutja stanovalca kot dela nove skupnosti. Izpostavili so tudi poznavanje stanovalčevih močnih področij z namenom učinkovitega delovanja v novem življenjskem okolju.

*/Za/ rekvizite, ki jih rabijo pri telovadbi, on vedno: »Aha, a stole ste že pripravili?« Potem nekako res skupaj, eni stole, on pa rekvizite, na tak način* (Sonja, 9, p2).

### *Pomen za svojce*

Svojci imajo pomembno vlogo partnerja pri prilagajanju stanovalca na novo okolje. Pomembno vlogo ima medsebojna izmenjava informacij.

*/N/jih usmerimo, kako morajo to izvajati, pri tistih, ki seveda so zmožni* (Marija, 15, p2).

Dobro sodelovanje vodi v dobro počutje vseh vpletenih, predvsem stanovalca. Zaradi dinamike dela v institucionalnem varstvu starejših je svojec nemalokrat tudi v vlogi negovalca in/ali terapevta. Udeleženci v raziskavi so izpostavili pomen prenosa znanja in veščin rokovanja z njihovim svojcem ter osmišljanja prostega časa, ko so na obisku.

*/J/e pač na nivoju stanovalca, vsakemu se prilagodi in tam se lahko tudi svojci vključujejo, ne, lažje potem zraven vsi, ki jih obiskujejo* (Andreja, 27, p2).

### *Komunikacija*

Udeleženci so povedali, kako lahko večine komunikacije po metodi montessori uspešno vključujejo v medsebojno komunikacijo, tudi med nadrejenimi in podrejenimi.

*/T/o isto upoštevanje teh pravil za management, in kako naj bi management oziroma sodelavci med seboj sodelovali in /.../ kako naj bi vodstvo komuniciralo z nami* (Edita, 33–34, p2).

Tovrstna komunikacija v odnos s stanovalci prinaša umirjenost, spoštovanje in razumevanje, pa tudi veliko zadovoljstva.

*/N/ačin razmišljanja lahko uporabimo tudi v komunikaciji s sodelavci in, ne vem, meni se zdi, da je moje delo veliko bolj zanimivo zadnja štiri leta, veliko bolj ustvarjalno, tako zagotovo je prisoten pozitiven stres, tako izpolnjujoče, in jaz tega ne bi zamenjala, sploh pa ne bi spustila iz rok in zagotovo bom nadaljevala v tej smeri* (Edita, 50, p3).

Metoda montessori se razvija tudi na področju komunikacije pri vodilnih zaposlenih.

### *Načini prenosa znanja*

Udeleženci v raziskavi so izpostavili pomen sodelovanja tudi na način prenosa znanja in

izkušenj ter iskanja rešitev in primerov dobrih praks sodelovanja s stanovalci.

*Skupaj iščemo načine in na ta način pač skupaj razmišljamo, pa odkrivamo ideje, kako stanovalcu pomagati, recimo sploh, če je zaradi demence vznemirjen, pa skupaj iščemo načine, kako ga pomiriti ali pa kako mu pomagati. Na tak način spoznavamo tudi drug drugega, pa naše razmišljanje, pa se mi zdi, da se preko teh pogovorov, to sodelovanje, pač povežemo ali pa lažje razumemo tudi drug drugega, kako mi mislimo ali pa kako bi mi ukrepali* (Lili, 22–24, p3).

Izpostavili so pomen konstruktivne izrabe časa, namenjenega timskim sestankom, in pa tudi časa, namenjenega dnevnim predajam službe.

*/J/az mislim, da najprej preko tega, da se sploh pogovarjamo, kaj je metoda montessori, sploh, recimo, na teh sestankih, ko jih imamo na gospodinjski skupini, pa kako preko te metode pomagati stanovalcu* (Romana, 21, p3).

### *Tretja kategorija: Osebni razvoj zaposlenih*

Osebni razvoj zaposlenega vključuje zadovoljstvo na delovnem mestu, prenos načel metode montessori v domače okolje in osebno rast zaposlenega.

### *Zadovoljstvo na delovnem mestu*

Udeleženci v raziskavi so si bili enotni, da metoda montessori ponuja jasne usmeritve za delo s starejšimi in osebami z demenco. Na ta način vpliva na produktivnost in zadovoljstvo na delovnem mestu.

*/D/a ti jasne usmeritve in dejansko vpliva potem na tvoje kompetence, na občutek, da zmoreš, da znaš, da delaš prav, in si na koncu tudi produktiven in zadovoljen. To je bistvo* (Sonja, 22, p3).

Prav tako se zmanjša stres na delovnem mestu. Ta občutek se prenaša na prosti čas zaposlenega.

*Mi smo zaradi njih tukaj, in če stanovalec pokaže pozitivno, se mi zdi, da na vse zaposlene to zelo dobro vpliva in lažje izvajaš delo, če vidiš, da teče nekaj v pozitivnih namenih kot pa negativnih, tako da vpliva dobro, ti da neko zadovoljstvo, nek dosežek* (Marija, 50–52, p3).

Uspeh stanovalca pomembno vpliva na počutje zaposlenega. Udeleženci so izpostavili, da bi to zadovoljstvo težko povezali z materialnim povračilom za dobro opravljeno delo.

*/N/ikoli se ne vprašaš: »Aha, kaj sem jaz dovolj plačan?« Ne, ker mislim, da ni tukaj denarja takega, ne, kar ti lahko daš ljudem, /.../ se mi zdi, kaj vem, da ni tega denarja, pa ne pričakuješ potem nekega povračila za to, ne* (Sonja, 23, p3).

### *Prenos v domače okolje*

Udeleženci pravijo, da načela metode montessori in njihovo ponotranjanje prenašajo tudi v odnose izven delovnega okolja.

*/I/n recimo tudi doma pri otrocih, z možem se mi gotovo že tudi zelo pozna, tudi v privat življenju (Edita, 26–27, p2).*

Prav tako opažajo, da se njihovi uspehi na delovnem mestu odražajo tudi na dobrem počutju v domačem okolju.

*/T/e polni, ti da energijo. Mislim, ne vem, če se da to z besedami opisati vse. Res, občutek, bom rekla, je fenomenalen, da lahko ti nekemu pomagaš ali tik pred službo, tik pred zaključkom službe, da ima željo, ne vem, njega bremeni nek problem, ti ga pa rešiš v minuti, mislim, greš res z veseljem domov (Sonja, 19–21, p3).*

### Osebna rast

Delo v okolju montessori predstavlja udeležencem v raziskavi izziv in motivacijo za nadaljnji profesionalni razvoj.

*On ti govori, ti ga pa ne razumeš, ker je nerazločen. Recimo, to so takšni izzivi, to je res izziv (Tina, 19, p2).*

Intervjuvanci so se dotaknili tudi spremembe lastnih vrednot in načina življenja.

*/Z/daj mi je pa to dejansko razširilo še obzorje in drugače vidim stvari, kot sem jih prej videl. Tako se mi zdi, da mi je pri mojem delu to res zelo pomagalo in mi še bo naprej. Zagotovo (Tomaž, 35–36, p4).*

Povedali so, da z uporabo načel metode montessori pridobivajo samozavest. Pri sodelovanju s stanovalci, ki se soočajo z zahtevnimi situacijami in potrebujejo pomoč, je nujna popolna miselna prisotnost.

*Ko sem v službi, sem res stoođstotno v službi, ko sem doma, sem pa doma. Se mi zdi, da ti to da, da se lahko ti posvetiš ljudem, stanovalcem (Sonja, 24, p4).*

Zaposleni lahko z zavedanjem, kaj stanovalec potrebuje in želi, z veliko mero empatije in znanja prispeva k njegovemu dobremu počutju in osmišljanju njegovega vsakdana.

*/D/a začujem skozi to, ravno zaradi montessorija, to drugačnost, da se zavedam, da nismo vsi, da nimamo vsi enakih potreb, da ne razmišljamo vsi enako in da moramo iskati skupne točke (Marija, 13–14, p2).*

### Četrta kategorija: Izobraževanje

Kategorija vsebuje formalno, neformalno in permanentno izobraževanje ter prenos znanja, veščin in stališč na druge.

#### Formalno izobraževanje

Zaposleni s pomočjo formalnih izobraževanj, ki jih vodita montessori inštruktorica in ustanovitelj metode montessori, načrtno usvajajo potrebna znanja. Udeleženci v raziskavi so izpostavili pomen tovrstnega izobraževanja z namenom pridobivanja specialnih zanj.

*/S/odelovala sem tudi že pri ocenjevanju, kjer se je izkazalo, da ta načela pri svojem delu pravzaprav v devetdesetih odstotkih že upoštevam (Edita, 16, p1).*

#### Neformalno izobraževanje

Vsi udeleženci v raziskavi poudarjajo pomen izobraževanja. Izjemnega pomena je, da tisti, ki so se že izobraževali, to znanje prenašajo na tiste, ki se še niso, in da imajo možnost vpogleda v namensko pripravljene materiale.

*/D/a predvsem tisti, ki tega niso že imeli, ne živijo, da se jim prikaže, potem je še »fajn«, ko nam montessori inštruktorica da, pa tale dr. Cameron, še dodatna navodila, kako v določenih primerih postopati (Alenka, 25, p3).*

*/P/rebrala sem vse čtivo, ki nam ga je montessori inštruktorica pripravila iz prejšnjih izobraževanj, /.../ tak blok nam je naredila in se ga da prebrati (Tina, 14, p2).*

Intervjuvancem je zelo blizu tudi prenos znanja s pomočjo demonstracije konkretne izvedbe določene dejavnosti pri stanovalcu.

*Pa jih jaz odpeljem kar tako preko svojega dela, tako kot drugače znam (Mojca, 8, p1).*

#### Permanentno izobraževanje

Udeleženci so izpostavili pomen vseživljenjskega izobraževanja in učenja v okolju, ki navedeno omogoča in vzpodbuja.

*Je pa nekaj zelo pomembno, je pa treba tudi kader izobraževati (Eva, 34, p6).*

*Ja, jaz sem, saj jaz že skozi govorim, da me to zelo zanima, ravno zaradi tega, ker si širiš obzorje še tako naprej (Eva, 11–12, p3).*

#### Prenos znanja, veščin in stališč

Nekateri udeleženci v raziskavi so poudarili, da je treba mlajše generacije z veliko mero entuziazma seznanjati z metodo montessori. Izpostavili so tudi, da je v zadnjem času manj zanimanja za delo s starejšimi, kar bistveno vpliva na vlogo in pomen dela zdravstvenih in socialnih delavcev.

*Ta apatija, to ni dobro. Jaz sem mnenja, da bi morali to v šole izpustiti, v zdravstvene šole. Definitivno na vseh teh za bolničarje, nujno, obvezno (Mojca, 41, p7).*

Povečuje se zanimanje za seznanjanje z metodo montessori pri neformalnih oskrbovalcih starejših oseb in oseb z demenco v domačem okolju.

#### Diskusija

Namen raziskave je bil preučiti in bolje razumeti izkušnje zaposlenih, ki v domu starejših občanov uporabljajo metodo montessori pri delu s starejšimi in osebami z demenco, ter razumeti pomen, ki ga ima uporaba metode montessori za njihovo delo in življenje. Udeleženci v raziskavi so prepoznali principe metode montessori, pri čemer opažamo razlike v zaznavanju obravnavane teme glede na vlogo, ki jo imajo kot

zaposleni v domu starejših občanov. Vodstveni zaposleni metodo doživljajo bolj z vidika spremembe vodenja organizacije, zdravstvenonegovalni in terapevtski tim pa predvsem s praktičnega vidika. Vsem je skupno mnenje, da se principe metode montessori lahko uporabi na vseh ravneh delovanja institucionalnega varstva, pri čemer se spremlja tudi kazalce kakovosti organizacije. V slovenskem prostoru je metoda montessori pri obravnavi starejših in oseb z demenco nova. Nekateri domovi za starejše občane jo načrtno vpeljujejo, v drugih domovih jo uporabljajo kot dodatek k vsakodnevni praksi, vendar o izkušnji slednjih ni dostopnih raziskav. Tako primerjava z raziskavo izkušenj zaposlenih, ki pri svojem delu uporabljajo metodo montessori v institucionalnem varstvu starejših, zaenkrat ni mogoča.

Pomembno je razumeti, kako posameznik, ki je vključen v vsakodnevne dejavnosti kljub svojim omejitvam, deluje v življenjskem okolju (Križaj & Hurst, 2013; Alford et al., 2015; Križaj et al., 2017; Križaj, Warren, & Slade, 2018). Pristop, usmerjen k uporabniku, nagovarja tako stanovalce, da prevzamejo dejavno vlogo, kot zaposlene in druge, ki so zanj pomembni, da ga podprejo pri uresničevanju zastavljenih ciljev, vezanih na skrb zase, produktivnost in prosti čas. V raziskavah, ki so jih izvedli Cooney (2012) in Cook et al. (2015), je bila spoznana pomembna vloga zaposlenih pri podpori stanovalcem glede njihovih prizadevanj za življenje v domu, pojmovanem kot dom in ne institucija. Alsawy et al. (2017) so ugotovili, da težave v komunikaciji vplivajo na medsebojne odnose in dejavnosti vsakdanjega življenja. Ena izmed intervjuvank je poudarila pomen ohranjanja spoštljivosti v odnosih in pri komunikaciji (Acton, Yauk, Hopkins, & Mayhew, 2007).

Duffy, Oyeboode, & Alen (2014) v raziskavi ugotavljajo pozitivno povezanost med splošnim zadovoljstvom zaposlenih z delovnim okoljem in splošnim zadovoljstvom stanovalcev z izkušnjami bivanja v domovih za starejše. Ugotovitve v raziskavi, ki so jo izvedli Willemse et al. (2015), se nanašajo na pomen osredotočenosti, usmerjene k zaposlenemu. Tovrsten odnos ne koristi le osebam z demenco, temveč tudi zaposlenim, predvsem kadar čutijo podporo svojega tima. Počutijo se bolj kompetentne pri sodelovanju s starejšimi in osebami z demenco. V raziskavi, s katero so ugotavljali pomen organiziranega izobraževanja s podpornimi vsebinami in materiali za delo z osebami z demenco, poročajo o statistično pomembnem povečanju zadovoljstva glede obremenitev na delovnem mestu, osebnega in poklicnega razvoja, zahtev, uravnoteženih s kompetencami in različnimi delovnimi nalogami, ki vplivajo na zadovoljstvo na delovnem mestu (Rokstad, 2016). Coates & Fossey (2019) sta raziskovala pomen samoučinkovitosti pri zaposlenih, ki obravnavajo starejše in osebe z demenco. Ugotovila sta, da lahko zaposleni obvladujejo dileme in stres, s katerim se soočajo, predvsem z delom na sebi in pridobivanjem novih veščin.

V raziskavi, ki so jo izvedli Touminen, Leino-Kilpi, & Suhonen (2016), so ugotovili, da je stanovalce treba spodbujati k dejavnikom aktualizacije lastne svobode. Na morebitne ovire se lahko vpliva z izobraževanjem osebja, usmerjenega k stanovalcem, ter vplivanjem na stališča osebja, vodstva in tudi starejših. Navedeno lahko vodi k boljšemu znanju in uporabi novih praks pri obravnavi starejših in oseb z demenco. Po implementaciji metode montessori za starejše in osebe z demenco so opazili, da usposobljeno osebje sodeluje bistveno bolj pozitivno, hkrati pa se – v primerjavi s standardnimi programi obravnave oseb z demenco – zmanjšujejo oblike negativnega sodelovanja oseb z demenco (Ducak, 2012). V raziskavi, ki so jo izvedli Habjanič, Saarnio, Elo, Turk, & Isola (2012), so člani negovalnega osebja poročali, da zaradi nizke motivacije, nezadostnih komunikacijskih veščin in neizkušenosti niso mogli ponuditi najboljših možnih kakovosti oskrbe.

V raziskavi, namenjeni spoznavanju izkušenj zaposlenih, ki pri svojem delu s starejšimi in osebami z demenco uporabljajo metodo montessori, pa je bilo ugotovljeno, da posebej izpostavljajo izobraževanje, ki jim omogoča pridobivanje znanja, veščin in kompetenc s pomočjo formalnega in neformalnega izobraževanja. S permanentnim izobraževanjem pridobivajo in ohranjajo ter delijo spretnosti, potrebne za delo s starejšimi in osebami z demenco. Prav tako so izpostavili pomen prenosa znanja, stališč in veščin na druge, ki jih to znanje zanima in / ali ga potrebujejo, vključno z dijaki, študenti in laičnimi oskrbovalci starejših in oseb z demenco na domu. V raziskavi, ki so jo izvedli Hunter, Thorpe, Hounjet, & Hadjistavropoulos (2018), so ugotovili, da so se prostovoljci s prejetim znanjem in primerno podporo hitro in uspešno vključili v prakso in s tem na svojstven, smiseln način podprli tako stanovalce kot zaposlene.

Raziskava ima tudi omejitve, saj je interpretacija rezultatov lahko odraz subjektivnega razumevanja, vendar so bile uporabljene nekatere metode za zagotavljanje verodostojnosti raziskovalnega procesa in rezultatov. Zelo pomemben del raziskovanja je bila sprotna samorefleksija. Zunanja raziskovalka je neodvisno kodirala en intervju. Raziskava ima za omejitve tudi omejeno uporabnost na slovenski prostor, ker je bila narejena v okolju, ki je za slovenske razmere specifično, saj v njem velja usmeritev, da se vsebin montessori ne da samo naučiti, ampak jih je treba živeti in ponotranjiti (Camp, 2010). Pa vendar so rezultati lahko prenosljivi in pomembni za podobne kontekste.

## Zaključek

Raziskava izkušenj zaposlenih v domu starejših občanov z uporabo metode montessori pri delu s starejšimi in osebami z demenco je pripomogla k

boljšemu razumevanju obravnavane teme. Izsledki raziskave prispevajo novo znanje s področja uporabe metode montessori v domovih za starejše občane. Izkušnje zaposlenih so pokazale, da uporaba metode montessori pozitivno vpliva na sodelovanje in zadovoljstvo na delovnem mestu, kar se prenaša tudi v domače okolje in prosti čas zaposlenega. Ob tem se bistveno zmanjšata stres in izgorelost na delovnem mestu, s čimer se v obstoječem sistemu institucionalnega varstva sooča veliko zaposlenih v slovenskih domovih za starejše. Vsekakor je opisana raziskava spodbuda za nadaljnje raziskovanje z vidika drugih ustanov in drugih deležnikov, vključenih v nego in varstvo starejših v luči trenutne problematike, ki je težavna tako za zaposlene kot za stanovalce in tiste, ki so zanje pomembni znotraj institucionalnega varstva starejših.

## Zahvala / Acknowledgment

Prva avtorica se zahvaljuje red. prof. dr. Brigiti Skeli Savič, znan. svet., za sodelovanje pri izpeljavi raziskovalnega projekta, ki je predstavljal osnovo za nadaljnje raziskovanje. / The first author would like to thank prof. dr. Brigita Skela Savič for her participation in conducting a research project, which formed the basis for further research.

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

## Financiranje / Funding

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

## Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskavo je odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (številka odločbe 0120-361-/2019/4). Raziskava je bila izvedena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). / The research was approved by the National Committee for Medical Ethics (decision number 0120-361-/2019/4). The research was conducted in accordance with the principles of the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics in Nursing and Care of Slovenia (2014).

## Prispevek avtorjev / Author contributions

Vse avtorice so prispevale k vsebini in oblikovanju članka. Prva avtorica je sodelovala pri pripravi članka na podlagi magistrskega dela, pisanju in končnem oblikovanju članka. Delo druge avtorice so smernice za predstavitev rezultatov in etični prispevek članka. Tretja avtorica je prispevala k oblikovanju metodologije raziskave in rezultatov ter k pisanju članka. / All authors contributed to the content and organisation of the article. The first author participated in the preparation of the article based on the master's thesis, wrote an abstract and the final design of the article. Second author contributed guidelines for the presentation of the results, and a contribution to the ethical contributions of the article. The third author contributed to the design of the research methodology and results, and to the writing of the article.

## Literatura

Acton, G. J., Yauk, S., Hopkins, B. A., & Mayhew, P. A. (2007). Increasing social communication in persons with dementia. *Research and Theory of Nursing Practice*, 21(1), 32–44.

<https://doi.org/10.1891/rtnpij-v21i1a005>

PMid:17378463

Alford, V. M., Ewen, S., Webb, G. R., McGinley, J., Brookes, A., & Remedios, L. J., (2015). The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to understand the health and functioning experiences of people with chronic conditions from the person perspective: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 37(8), 655–666.

<https://doi.org/10.3109/09638288.2014.935875>

PMid: 24986707

Alsawy, S., Mansell, W., McEvoy, P., & Tai, S. (2017). What is good communication for people living with dementia: A mixed-methods systematic review. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1785–1800.

<https://doi.org/10.1017/S1041610217001429>

PMid: 28756788

Braun, V., & Clarke, V. (Eds.) (2013). *Successful qualitative research a practical guide for beginners* (pp. 77–93). London: SAGE Publications.

Bryman, A. (Ed.) (2012). *Social research methods* (pp. 389–393). New York: Oxford University Press.

Camp, J. C. (2010). Origins of Montessori programming for dementia. *Non-pharmacological Therapies in Dementia*, 1(2), 163–174.

PMid: 23515663; PMCID: PMC3600589

- Chetty, L. (2013). Innovative interpretive qualitative case study research method aligned with systems theory for physiotherapy and rehabilitation research: A review of the methodology. *African Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences*, 5(1/2), 40–44.  
<https://doi.org/10.4314/ajprs.v5i1.7>
- Coates, A., & Fossey, J. (2019). Self-efficacy in dementia care staff: Experiences from the care home context. *Dementia*, 18(2), 530–544.  
<https://doi.org/10.1177/1471301216682627>  
PMid: 27927944
- Cook, G., Thompson, J., & Reed, J. (2015). Re-conceptualising the status of residents in a care home: Older people wanting to "live with care". *Ageing & Society*, 35(8), 1587–1613.  
<https://doi.org/10.1017/S0144686X14000397>
- Cooney, A. (2012). "Finding home": A grounded theory on how older people "find home" in long-term care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 7(3), 188–199.  
<https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00278.x>  
PMid: 21631889
- Ducak, K. (2012). Implementing Montessori Methods for Dementia™ in Ontario long-term care homes: Recreation staff and multidisciplinary consultants perceptions of policy and practice issues. *Dementia*, 17(1), 5–33.  
<https://doi.org/10.1177/1471301215625342>  
PMid: 26748337
- Duffy, B., Oyeboode, J. R., & Allen, J. (2014). Burnout among care staff for older adults with dementia. *Dementia*, 8(4), 515–541.  
<https://doi.org/10.1177/1471301209350285>
- Green, J., & Thorogood, N. (Eds.) (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. London: SAGE Publications.
- Habjanič, A., Saarnio, R., Elo, S., Turk, D. M., & Isola, A. (2012). Challenges for institutional elder care in Slovenian nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17/18), 2579–2589.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04044.x>  
PMid: 22889448
- Hunter, P. V., Thorpe, L., Hounjet, C., & Hadjistavropoulos, T. (2018). Using normalization process theory to evaluate the implementation of Montessori-based volunteer visits within a Canadian long-term care home. *The Gerontologist*, 60(1), 182–192.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gny103>  
PMid: 30219890
- 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.
- Kordeš, U., & Smrdu, M. (Eds.) (2015). *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Farnit Texbooks. Koper: Univerza na Primorskem.
- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 20–124.  
<https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>  
PMid: 29202616
- Križaj, T., & Hurst, J. (2013). Perceptions of a client-centred approach among Slovenian occupational therapists. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 19(12), 70–78.  
<https://doi.org/10.12968/ijtr.2012.19.2.70>
- Križaj, T. (2017). *An exploration of Slovenian older people's occupations and influence of transition into a care home on their occupational engagement* (doktorska disertacija). Plymouth University, Faculty of Health and Human Sciences, Plymouth.
- Križaj, T., Warren, A., & Slade, A. (2018). "Holding on to what I do": Experiences of older Slovenians moving into a care home. *The Gerontologist*, 58(3), 512–520.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gnw150>  
PMid: 27856501
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Ljubič, A., & Štemberger Kolnik, T. (2017). Prednosti metode montessori pri obravnavi pacientov z demenco. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(1), 75–88.  
<https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.1.117>
- Mihevc, Š., & Skela Savič, B. (2019). Pomen uporabe metode montessori za zaposlene, ki delajo s starejšimi in osebami z demenco v domu starejših. In: K. Pesjak, (Eds.), *12. mednarodna znanstvena konferenca Izzivi in potrebe družbe na področju preventivne in promocije zdravja na vseh ravneh zdravstvenega varstva*. Bled, 6. junij 2019. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
- Patton, M. Q. (Ed.) (2015). *Qualitative research & Evaluation Method*. London: SAGE Publications.
- Rokstad, A. M. M., Døble, B. S., Engedal, K., Kirkevold, Ø., Benth, J. Š., & Selbaek G. (2017). The impact of the Dementia ABC educational programme on competence in person-centred dementia care and job satisfaction of care staff. *International Journal of Older People Nursing*, 12(2).  
PMid: 27868356
- Tuominen, L., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2016). Older people's experiences of their free will in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(1), 22–35.  
<https://doi.org/10.1177/0969733014557199>  
PMid: 25488758
- Vogrinc, J. (Ed.) (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Willemse, B. M., De Jonge, J., Smit, D., Visser, Q., Depla, M. F., & Pot, A. M. (2015). Staff's person-centredness in dementia care in relation to job characteristics and job-related well-being: A cross-sectional survey in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 71(2), 404–416.  
<https://doi.org/10.1111/jan.12505>  
PMid: 25123418

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), 2191–2194.  
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>  
PMid:24141714

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Mihevc, Š., Križaj, T., & Petek Šter, M. (2021). Izkušnje zaposlenih z uporabo metode montessori pri delu s starejšimi in osebami z demenco v domu starejših občanov: študija primera. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), 102–112. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.3024>

Pregledni znanstveni članek / Review article

## Odnos medicinskih sester do pacienta, odvisnega od prepovedanih drog: integrativni pregled literature

The attitude of nurses towards patients addicted to illicit drugs: An integrative literature review

Amal Perviz<sup>1</sup>, Urban Bole<sup>2</sup>, Branko Bregar<sup>3, 4, \*</sup>

**Ključne besede:** stigma; medicinske sestre; zloraba; psihoaktivne substance

**Key words:** stigma; nurses; abuse; psychoactive substances

<sup>1</sup> Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje na Gorenjskem 55, 4275 Begunje na Gorenjskem, Slovenija

<sup>2</sup> Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija, Slovenija

<sup>3</sup> Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Chengdujska 45, 1260 Ljubljana, Slovenija

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

\* Korespondenčni avtor /  
Corresponding author:  
brane.bregar@gmail.com

Članek je nastal na osnovi diplomskega dela Amala Perviza *Odnos zaposlenih v zdravstveni negi do pacienta odvisnega od prepovedanih drog* (2018).



Prejeto / Received: 13. 7. 2019  
Sprejeto / Accepted: 11. 5. 2021

<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.2961>

### IZVLEČEK

**Uvod:** Odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, je dejavnik, ki vpliva tako na izid zdravljenja kot na rehabilitacijo pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Namen raziskave je bil raziskati odnos medicinskih sester do zdravstvene obravnave pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.

**Metode:** Uporabili smo analizo in sintezo pregleda dokazov iz zbirke podatkov CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PubMed. Omejitvena kriterija iskanja sta bila: objava članka med letoma 2008 in 2018 ter dostopnost celotnega besedila članka v angleščini. Oblikovan je bil konceptualni model PICOT s ključnimi besedami: »nurses«, »substance use disorders«, »attitudes«. Ocena kakovosti dokazov je prikazana v hierarhiji dokazov. Podatki so bili obdelani s tematsko analizo.

**Rezultati:** V končni pregled je bilo vključenih 18 izbranih ustreznih člankov, identificiranih je bilo 68 kod, ki so združene v pet vsebinskih kategorij: (1) dejavniki vpliva na negativen medosebni odnos; (2) dejavniki vpliva na pozitivnejši medosebni odnos; (3) psihopatološki, vedenjski in drugi dejavniki tveganja na strani pacienta, ki imajo pomen za kakovost medosebnega odnosa; (4) posledice neustreznega odnosa medicinskih sester za zdravstveno obravnavo pacientov; (5) ukrepi za preprečevanje predsodkov in stigmatizacije pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.

**Diskusija in zaključek:** Raziskava potrjuje negativni odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Določeni dejavniki so povezani tako z negativnim kot s pozitivnim odnosom medicinskih sester do teh pacientov. Njihovo proučevanje in posledice za zdravstveno oskrbo pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, pa zahtevajo dodatne raziskave.

### ABSTRACT

**Introduction:** The attitude of nurses towards patients addicted to illicit drugs is one of the factors that affects both the outcome of treatment and the rehabilitation of patients addicted to illicit drugs. The objective of this study is to investigate the attitude of nurses towards the treatment of patients addicted to illicit drugs.

**Methods:** We analyzed and synthesized reviewed evidence, which were collected in the CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY, and PubMed. The search limiting criteria were: the publication of articles between 2008 to 2018 and articles available in the English language. We created a PICOT conceptual model using the following keywords: nurses, substance use disorders and attitudes. The assessment of the quality of evidence is shown in the hierarchy of evidence. The data were processed with a thematic qualitative analysis.

**Results:** We reviewed 18 relevant articles to identify 68 codes, which can be classified into 5 content categories: (1) factors of influence on negative interpersonal relationships, (2) factors of influence on positive interpersonal relationships, (3) psychopathological, behavioral, and other factors on part of the patient, which all have a significant impact on the quality of interpersonal relationships, (4) the consequences of an inadequate attitude of nurses towards patient care, and (5) the measures for preventing prejudice and stigmatization of patients addicted to illicit drugs.

**Discussion and conclusion:** The study has confirmed a negative attitude of nurses towards patients addicted to illicit drugs. Certain factors are related both to negative and positive attitudes of nurses towards patients addicted to illicit drugs. Studying these factors and their consequences on nursing care received by patients addicted to illicit drugs, however, requires additional research.

## Uvod

Odisnost je kronična bolezen možganskega nagrajevalnega kroga in centrov, ki so povezani z motivacijo in spominom. Nedelovanje teh sklopov nevronske povezave se kaže na biološki, duševni, družbeni in duhovni ravni. Izraža se v posameznikovi patološki potrebi po ugodju in sprostitvi ob uživanju snovi in izbiri določenih vedenj (Herman & Roberto, 2015; Volkow Koob & McLellan, 2016). Zloraba zajema najrazličnejše vzorce uporabe, ki segajo od enkratne eksperimentalne uporabe do stalne in odvisne uporabe prepovedanih drog (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018).

Število oseb z odvisnostjo od prepovedanih drog z leti narašča, vzporedno s tem naraščajo tudi težave, povezane z odvisnostjo, kar predstavlja velik globalni javnozdravstveni problem (Bregar, 2012). V zdravstvenem sistemu so osebe, odvisne od prepovedanih drog, pogosto stigmatizirane, kar predstavlja velik problem za ustrezno zdravstveno obravnavo, ki jo potrebujejo zaradi svojega zdravstvenega stanja (Bregar, 2010). Pacienti, odvisni od prepovedanih drog, so s strani zdravstvenih delavcev izpostavljeni prav vsem elementom stigme, ki jih je kot prvi definirala Goffman (1963): 1) problemu pomanjkanja znanja o bolezni, kar vodi v brezbriznost do njihovih problemov; 2) problemu odnosa, ki povzroča predsodke; 3) problemu vedenja, ki povzroča diskriminacijo. Stigma Feeg, Prager, Moylan, Smith, & Cullinan (2014) izpostavljajo tudi označenost ali zaznamovanost, ki se nanaša na skupino ljudi, v tem primeru na osebe, odvisne od prepovedanih drog. Socialna distanca - razdalja je osnovna sestavina stigme. Stigmatizirane skupine pacientov se ne srečujejo le s težavami bolezni same, ampak so pogosto izpostavljeni tudi negativnim odzivom socialnega okolja, socialni zavrnitvi in diskriminaciji (Ronzi, Higgins-Biddle, & Furtado, 2009).

Medicinske sestre so ključnega pomena za prepoznavo odvisnosti in kakovostno obravnavo pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, vendar je največkrat prav pomanjkanje znanja vzrok za projektni pristop, ki ne temelji na njihovi empatičnosti in angažiranosti (Ford, 2011; Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel, & Garretsen, 2013). Medicinske sestre poročajo o nizki motivaciji za zdravljenje pacientov, odvisnih od prepovedanih drog (Pauly, McCall, Browne, Parker, & Mollison, 2015). Kako odnos medicinskih sester pomembno vpliva na ustrezno obravnavo pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, lahko vidimo pri ocenjevanju bolečine. Negativni odnos do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, pri medicinskih sestrah povzroča razmišljanje, da pacienti izkoriščajo zdravila za obvladovanje bolečine, zato njihova bolečina ostane podcenjena (Morley, Briggs, & Chumbley, 2015). Dodatni razlogi, ki lahko

pogojujejo negativen odnos med zdravstvenimi delavci in pacientom, so višja pojavnost nasilja med pacienti z odvisnostjo od prepovedanih drog, prisotnost agitiranosti in manipulativnosti ter nižja motivacija za zdravljenje (Ford, 2011). Vloga medicinskih sester pri pacientih, odvisnih od prepovedanih drog, je zato zahtevna in kompleksna (Bregar & Verbič, 2009). Razvoj zdravstvene nege na tem področju se mora osredotočiti na povečanje izobraževanja in podpore medicinskim sestram, ki se pri svojem delu srečujejo s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog (Crapanzano, Vath, & Fisher, 2014).

Raziskave (Ford, 2011; Morley et al., 2015; Pauly et al., 2015; Russell, Ojeda, & Ames, 2017) opozarjajo na pomembnost odnosa medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, ki vpliva tako na izid zdravljenja kot rehabilitacijo. Zaradi nedavnega razvoja strokovnega področja v našem prostoru smo se odločili, da s pregledom literature prispevamo k osvetlitvi in promociji strokovnega in empatičnega pristopa medicinskih sester pri zdravljenju pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.

### *Namen in cilji*

Namen raziskave je bil s sistematičnim pristopom pregledati literaturo in raziskati odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Cilji raziskave so bili prikazati odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, opredeliti dejavnike, ki vplivajo na odnos, ter utemeljiti ukrepe za preprečevanje stigmatizacije pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Oblikovani sta bili naslednji raziskovalni vprašanji:

- Kakšen je odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog?
- Kateri dejavniki so povezani z odnosom medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog?

### **Metode**

Izveden je bil integrativni pregled literature.

### *Metoda pregleda literature*

Pregledali smo dostopno literaturo v podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY in PubMed. Za iskanje dokazov po podatkovnih bazah smo oblikovali raziskovalno vprašanje po formatu PICOT (Population, Intervention, Comparison, Outcome and Time) (Melnyk, & Fineout-Overholt, 2016) z naslednjimi ključnimi iskalnimi zvezami: P (Problem, Pacient ali Populacija), »nurses«, I (Intervencija), »substance use disorders«, C (Primerjava) – v naši raziskavi ni bila definirana, O (Izid), »attitudes«, T (čas) – v naši raziskavi ni bil opredeljen. V podatkovnih bazah smo postavili naslednje omejitvene kriterije: obdobje od



2008 do 2018, celotno besedilo članka in jezik besedila v angleščini. V podatkovnih bazah CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink in WILEY smo uporabili Boolov operator »AND (IN)«, s katerim smo povezali »nurse« AND »substance use disorders« AND »attitudes«. V PubMedu smo besede »nurse«, »substance use disorders«, »attitudes« nizali brez Boolovih operatorjev.

### Rezultati pregleda

S strategijo pregleda zadetkov v podatkovnih bazah smo pridobili 498 zadetkov. Faze njihove analize smo prikazali na Sliki 1. Po izključitvi dvojniki ( $n = 64$ ) in kasneje še glede na naslov in izvleček neustreznih virov ( $n = 281$ ) smo za ustrezne določili 153 virov, izmed katerih smo po pregledu besedil izključili 137 virov. V končni pregled je bilo tako vključenih 16 virov ter dva vira iz t. i. sive literature. Potek pridobivanja člankov, primernih za našo raziskavo, je razviden s Slike 1, kjer smo za prikaz pregleda podatkovnih baz in odločanja o uporabnosti pregledanih virov uporabili metodo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis*) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA Group, 2009).

### Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Prispevke smo razvrstili po hierarhiji dokazov, kot sta opredelila Polit & Beck (2012). Predstavili smo 16 člankov, ki so bili objavljeni od leta 2008 do leta 2018. Končni nabor člankov sta izvedla dva avtorja. Prvi avtor in drugi avtor sta v prvi fazi neodvisno pregledala naslove in izvlečke ter rezultate primerjala med seboj. Razlike sta uskladila. Pregled polnih besedil so opravili vsi trije avtorji. Končno odločitev o vključenih oziroma izključenih člankih so avtorji sprejeli skupaj. Od zajetih raziskav v pregledu literature je največ presečnih raziskav, ki po Polit & Beck (2012) sodijo v nižje nivoje kakovosti dokazov (Ford et al., 2008; Natan Beyil & Neta, 2009; Rao et al., 2009; Howard & Holmshaw, 2010; Nilsen, Stone, & Bureson, 2013; Chu & Galang 2013; El Rasheed et al., 2016). Pri presečnih raziskavah je bil vzorec vseh anketirancev 4.629 zaposlenih v zdravstvu. V kvalitativnih raziskavah so prevladovala raziskave z uporabo metode intervjuja zdravstvenih delavcev (Lovi & Barr, 2009; Sleeper & Bochain, 2013; Monks, Topping, & Newell, 2013; Neville & Roan, 2014; Chorlton, Smith, & Jones, 2015; Pauly et al., 2015;) in raziskava z uporabo fokusnih skupin (Morgan, 2014). V pregled je zajeta tudi raziskava sistematičnega pregleda literature (Van Boekel et al., 2013). Najpogosteje so bili v presečnih raziskavah uporabljeni naslednji validirani vprašalniki: *Theory of Respond Action, Drug and Drug Problems Perceptions Questionnaire* (DDPPQ), *Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire* (SAAPPQ) in *the Attitude to Mental Illness Questionnaire* (AMIQ)

(Tabela 1).

V raziskavo smo za dodatno pojasnitev namena pregleda literature vključili tudi t. i. sivo literaturo, znotraj katere smo izbrali dva slovenska vira, ki obravnavata problematiko odnosa medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog (Bregar, 2008; Sambolić, 2013).

Tematsko analizo virov smo izvedli s kodiranjem rezultatov. Pri tem smo uporabili odprto kodiranje, kar pomeni, da smo vsebini virov, ki je pomembna za naše cilje, dodeljevali kode. Pomensko podobne kode smo na koncu združili v teme (Tabela 2) (Saldana, 2015; Aveyard, 2019).

### Rezultati

V Tabeli 1 so podrobneje prikazane značilnosti vključenih raziskav.

Za analizo spoznanj vključenih znanstvenih virov smo identificirali 68 vsebinskih kod, ki smo jih glede na njihove lastnosti, dimenzije in medsebojne povezave združili v pet vsebinskih tem: (1) dejavniki vpliva na negativen medosebni odnos; (2) dejavniki vpliva na pozitivnejši medosebni odnos; (3) psihopatološki, vedenjski in drugi dejavniki tveganja na strani pacienta, ki imajo pomen za kakovost medosebnega odnosa; (4) posledice neustreznega odnosa medicinskih sester za zdravstveno oskrbo pacientov in (5) ukrepi za preprečevanje predsodkov in stigmatizacije pacientov, odvisnih od prepovedanih drog (Tabela 2).

### Diskusija

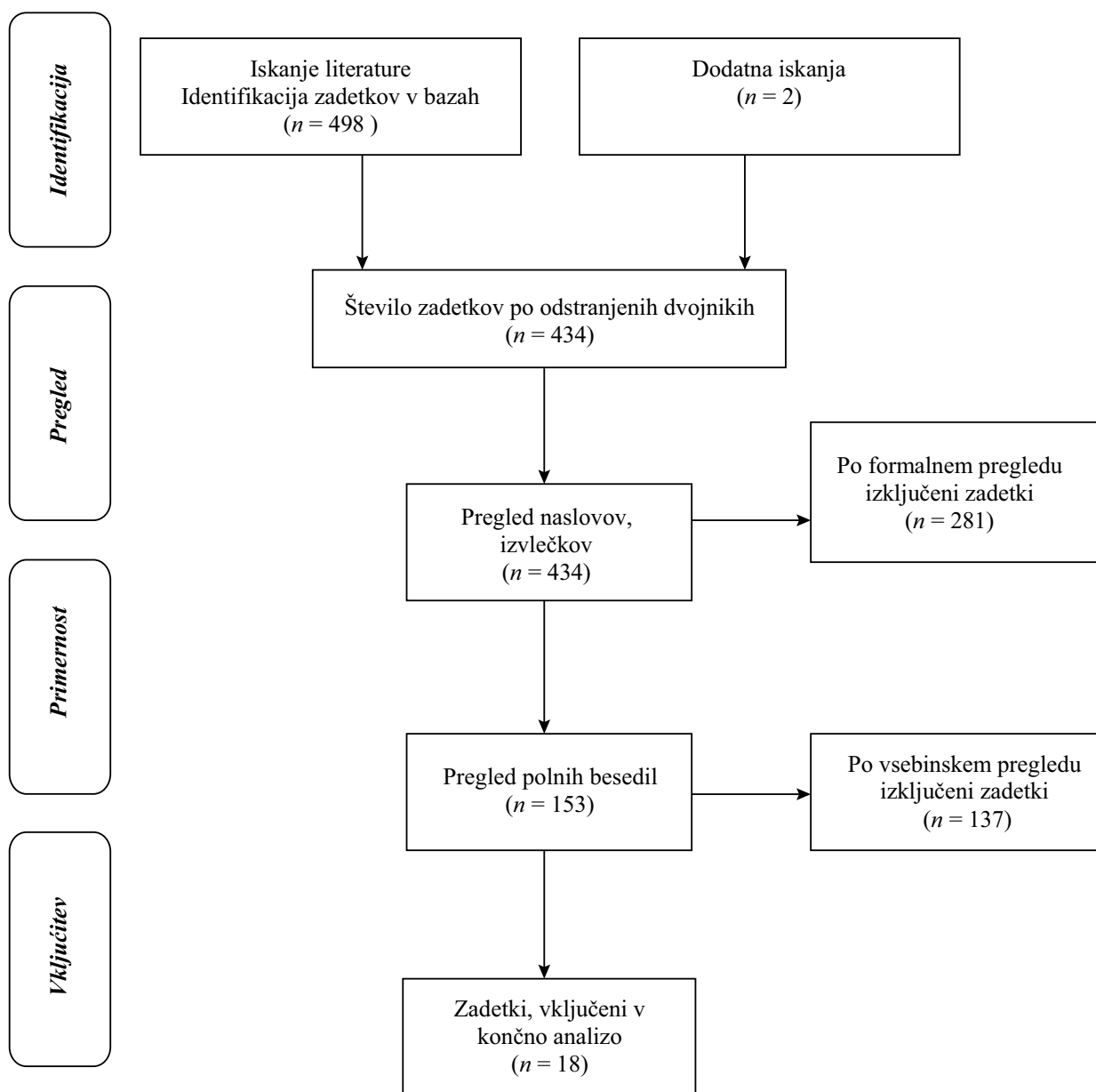
Pacienti z odvisnostjo od prepovedanih drog se ne srečujejo le s težavami bolezn same, temveč so pogosto izpostavljeni negativnim odzivom socialnega okolja, socialni zavrnitvi in diskriminaciji (Van Boekel et al., 2013). Odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, vpliva na zdravljenje in rehabilitacijo odvisnosti od prepovedanih drog (Ford et al., 2008; Lovi & Barr, 2009; Natan et al., 2009; Morgan, 2014).

Raziskovalci v več raziskavah (Ford et al., 2008; Rao et al., 2009) dokazujejo negativen odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, ki je največkrat posledica zahtevnejšega dela in njihovega neprilagojenega vedenja, pri čemer Neville & Roan (2014) opisujeta manipulacije, agresijo in nesramnost, kar pomembno vpliva na oblikovanje negativnega odnosa in zmanjšuje občutek varnosti medicinskih sester na delovnem mestu. Enako potrjuje tudi raziskava van Boekla et al. (2013), ki ugotavljajo, da so zdravstveni delavci manj motivirani, bolj nezadovoljni pri delu s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog, kar povezujejo s trditvami, da so pacienti, odvisni od prepovedanih drog, slabo motivirani za zdravljenje. To pri zdravstvenih delavcih povzroča frustracije, nezadovoljstvo ali občutke nemoči.

Manipulacije se največkrat pojavljajo pri oceni pacientove bolečine, kjer pogosto prihaja do nasprotij med oceno medicinske sestre in zahtevami pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, po analgetični terapiji (Neville & Roan, 2014). Dokazano je, da z zlorabo opioidov nastanejo poškodbe centra za zaznavo bolečine in da imajo zato uživalci opioidov pomembno znižan prag bolečine (Cheatle, Comer, Wunsch, Skoufalos, & Reddy, 2014). Tako lahko zaključimo, da gre pri pacientih za dejanske nevrofiziološke spremembe, ki se kažejo v tem, da lahko v primerjavi z zdravimi posamezniki izraziteje občutijo bolečino. Ker je pravica vsakega, da »ga ne boli« (Lohman, Schleifer,

& Amon, 2010), gre pri neenakovredni obravnavi bolečine pri pacientu, ki je odvisen od prepovedanih drog, za dejansko stigmatizacijo v procesu zdravstvene obravnave.

Negativen odnos je največkrat povezan tudi z nerazumevanjem odvisnosti (Sambolić, 2013). V raziskavi, ki so jo opravili Pauly et al. (2015), so med anketiranimi medicinskimi sestrami prepoznali njihove težave z razumevanjem odvisnosti kot bolezni. Posledično so imele težave pri delu s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog, kar je znižalo kakovost zdravstvene obravnave. Anketiranci, ki so se zavedali, da odvisnost ni izbira posameznika, ampak



**Slika 1:** Diagram poteka raziskave  
**Slika 1:** Research process flowchart

**Tabela 1: Značilnosti vključenih raziskav**  
**Table 1: Characteristic of included studies**

| <i>Avtor, leto /<br/>Author, year</i> | <i>Tipologija raziskave /<br/>Research typology</i>  | <i>Cilj raziskave /<br/>Research objective</i>  | <i>Vzorec /<br/>Sample</i>  | <i>Temeljenje ugotovitve /<br/>Main findings</i>   |
|---------------------------------------|--|---|---|--|
| Bregar, 2008,<br>Slovenija            | Mnenje avtorja.  | Raziskati vpliv stereotipov na kakovost odnosov med zdravstvenimi delavci in pacienti, odvisnimi od prepevedanih drog.      | /   | V raziskavi avtor ugotavlja pet osnovnih načel za doseganje terapevtskega pristopa: izražanje empatije, komunikacija brez nasprotovanj, brez vsiljevanja diagnostičnih etiket, brez ukazovanja, komunikacija brez neposredne konfrontacije.  |
| Chorlton et al., 2015<br>Nemčija      | Kvalitativna raziskava z uporabo intervjuja.   | Raziskati občutke pacientov, odvisnih od prepevedanih drog, pri interakcijah z osebjem v psihiatrični bolnišnici.           | n = 10 (5 moških in 5 žensk) pacientov, intervjuvanih z uporabo polstrukturiranih intervjujev na psihiatričnem oddelku, z diagnozo duševne motnje in komorbidnostjo odvisnosti od prepevedanih drog | Intervjuvanci so opisovali dvojna merila zaposlenih, ki so jih obravnavali kot skupino, ki je za odvisnost odgovorna sama, kar povečuje verjetnost nastanka konflikta. Pomanjkanje ustrezne komunikacije, predvsem empatije pri zdravstvenih delavcih, je ovira za izgradnjo terapevtskega odnosa. Intervjuvanci so se pogosto počutili preslišane in prezrte. Pomanjkanje empatičnih odnosov, ki bi vključevali pohvale, sočutnost, razumevanje in slišnost, povezano z izgradnjo terapevtskega odnosa. |
| Chu & Galang, 2013,<br>Kanada         | Kvantitativna raziskava – presečna raziskava z uporabo validiranega vprašalnika <i>The Drugs and Drug Problems Perceptions Questionnaire</i> (DDPPQ).                                | Raziskati dejavnike, ki vplivajo na odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepevedanih drog.                   | n = 489 medicinskih sester, zaposlenih v dveh bolnišnicah v Tajvanu   | V raziskavi avtorji ugotavljajo, da na odnos medicinskih sester do pacientov odvisnih od prepevedanih drog, vplivajo: starost, klinične izkušnje, področje dela, osebne izkušnje z odvisnostjo od prepevedanih drog, klinične izkušnje s pacienti, odvisnimi od prepevedanih drog, slabe izkušnje medicinske sestre pri obravnavi pacientov, odvisnih od prepevedanih drog.  |
| El Rasheed et al., 2016<br>Egipt      | Kvantitativna raziskava – presečna raziskava, izvedena z vprašalnikom, oblikovanim za raziskavo.   | Raziskati razlike glede stigmatizacije različnih prepevedanih drog med študenti in zdravstvenimi delavci.                   | n = 467: 351 študentov medicine, 65 medicinskih sester, zaposlenih na področju duševnega zdravlja, 51 specialistov psihiatrije  | Stigmatiziranje pacientov, odvisnih od prepevedanih drog, je bilo najvišje pri študentih medicine, najnižje pa med medicinskimi sestrami in psihiatri, zaposlenimi na centru za zdravljenje odvisnosti. Med intervencijami za zmanjševanje stigme avtorji navajajo: dodatno izobraževanja v okviru formalnega izobraževanja, programe, ki bi vključevali neposreden stik s pacienti, odvisnimi od prepevedanih drog.   |
| Ford et al., 2008,<br>Avstralija      | Kvantitativna raziskava – presečna raziskava z validiranim vprašalnikom <i>Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire</i> , prirejenim za odvisnost od prepevedanih drog. | Raziskati determinante, ki vplivajo na terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom, odvisnim od prepevedanih drog. | n = 3241 medicinskih sester v avstralskem registru medicinskih sester   | Anketiranci imajo negativen odnos do pacienta, odvisnega od prepevedanih drog, kar zaradi predhodkov vpliva na kakovost obravnave. Razvoj in izobraževanje medicinskih sester se mora v prihodnosti osredotočiti na večjo podporo medicinskim sestram tako v smislu izobraževanja kot podpore z ustreznim svetovanjem.   |

*Se nadaljuje / Continues*

| <i>Avtor, leto / Author, year</i>             | <i>Tipologija raziskave / Research typology</i>  | <i>Cilj raziskave / Research objective</i>  | <i>Vzorec / Sample</i>   | <i>Temeljenje ugotovitve / Main findings</i>   |
|---|--|---|--|--|
| Howard & Holmshaw, 2010, Velika Britanija     | Kvantitativna raziskava – presečna raziskava, raziskava z uporabo validiranega vprašalnika <i>Drug and Drug Problems Perception Questionnaire</i> (DDPPQ). | Raziskati odnos zdravstvenega osebjia s področja duševnega zdravlja do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.                            | $n = 84$ medicinskih sester, 5 zdravnikov, 5 delovnih terapevtov, 6 vodij, 16 zdravstvenih tehnikov, 11 drugih poklicev, zaposlenih na petih psihiatričnih oddelkih in v treh stanovanjskih skupnostih | Anketiranci so imeli negativen odnos do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Anketiranci, ki so se udeležili izobraževanja s področja odvisnosti, so imeli pri delu s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog, manj negativnih občutkov.   |
| Lovi & Barr, 2009, Združene države Amerike    | Kvalitativna raziskava, intervju.  | Raziskati odnos medicinskih sester do pacientov z odvisnostjo od prepovedanih drog in alkohola.   | $n = 5$ medicinskih sester, zaposlenih na področju zdravljenja odvisnosti  | Intervjujanci so označili paciente, odvisne od prepovedanih drog, kot težavne, kot paciente, ki niso bolni in so za svoje težave v prvi vrsti krivi sami. Pomankanje izobrazbe je povezano z več predsodki, nepravilnim odnosom, slabo oskrbo.   |
| Monks et al., 2013, Velika Britanija          | Kvalitativna raziskava z uporabo intervjuja.   | Raziskati, kako diplomirane medicinske sestre zagotavljajo kakovostno oskrbo pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.                      | $n = 41$ diplomiranih medicinskih sester na devetih oddelkih angleških splošnih bolnišnic  | Pomankanje znanja za delo s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog, vpliva na negativni odnos in kakovost obravnave pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.  |
| Morgan, 2014, Združene države Amerike         | Kvalitativna raziskava z uporabo fokusnih skupin.  | Raziskati odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, z bolečino v kliničnih okoljih.                             | $n = 12$ udeležencev fokusne skupine v splošni bolnišnici  | Medicinske sestre z več predsodki pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, imajo negativen odnos do zaznavanja bolečine pacienta. Medicinske sestre potrebujejo več izobraževanja s področja obvladovanja bolečine pri pacientih, odvisnih od prepovedanih drog.  |
| Natan et al., 2009, Avstralija                | Kvantitativna raziskava – presečna raziskava z lestvico <i>Theory of Respond Action</i> .  | Raziskati stereotipe, stališča in odnos medicinskih sester do zdravstvene nege pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.                    | $n = 135$ medicinskih sester iz treh izraelskih bolnišnic  | Anketiranci so imeli negativen odnos do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Pregled samorefleksije o nudenju zdravstvene oskrbe pacientom, odvisnih od prepovedanih drog, pokaže, da 41,5 % anketirancev zagotavlja zelo visoko, 20 % visoko in 6,6 % zelo nizko raven oskrbe pacientov z odvisnostjo od prepovedanih drog.  |
| Neville & Roan, 2014, Združene države Amerike | Kvalitativna raziskava z uporabo intervjuja.   | Raziskati odnos medicinskih sester pri zdravstveni negi pacienta na kirurškem oddelku s komorbidnostjo odvisnosti od prepovedanih substanc. | $n = 24$ medicinskih sester, zaposlenih na kirurškem oddelku splošne bolnišnice, ki so v zadnjih 24 urah obravnavale kirurškega pacienta s komorbidnostjo odvisnosti od prepovedanih drog              | Intervjujanci pogosto opisujejo manipulacije, nasilje, nesramnost pacientov z odvisnostjo od prepovedanih drog, kar pomembno vpliva na njihov odnos in občutek varnosti medicinskih sester. Pri oceni pacientove bolečine je pogosto prihajalo do nasprotij med oceno bolečine medicinske sestre in zahtevami pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, po analgetični terapiji. |
| Nilsen et al., 2013, Združene države Amerike  | Kvantitativna raziskava – presečna raziskava z uporabo validiranega vprašalnika <i>The Drugs and Drug Problems Perceptions Questionnaire</i> (DDPPQ).      | Raziskati odnos medicinskih sester do pacientov z odvisnostjo od prepovedanih drog.   | $n = 70$ diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih na področju kirurške in onkološke zdravstvene nege  | Anketiranci v raziskavi so imeli pozitiven odnos do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Na pozitiven terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom, odvisnim od prepovedanih drog, po mnenju anketirancev najbolj vplivajo: ustreznost v odnosu, podpornost, zadovoljstvo pri delu, samozavest in legitimnost.  |

| <i>Avtor, leto /<br/>Author, year</i>            | <i>Tipologija raziskave /<br/>Research typology</i>   | <i>Cilj raziskave /<br/>Research objective</i>  | <i>Vzorec /<br/>Sample</i>   | <i>Temeljenje ugotovitve /<br/>Main findings</i>   |
|--|---|---|--|--|
| Pauly et al., 2015, Združene države Amerike      | Kvalitativna raziskava z uporabo intervjuja.  | Raziskati odnos medicinskih sester do pacientov z odvisnostjo od prepovedanih drog.   | n = 19 medicinskih sester, zaposlenih na dveh oddelkih za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog  | Intervjuvanci, ki so se zavedali, da odvisnost ni izbira posameznika, ampak je odraz bolezn. življenjskih okoliščin, socialnega položaja, so imeli boljši odnos, razumevanje in manj predsodkov do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Intervjuvanci, ki so imeli težave z razumevanjem odvisnosti, so imeli težave pri delu s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog, kar je vplivalo na kakovost obravnave.  |
| Rao et al., 2009, Velika Britanija               | Kvantitativna raziskava – presečna raziskava z uporabo validiranega vprašalnika <i>The Attitude to Mental Illness Questionnaire</i> (AMIQ). | Raziskati razlike med stigmatizacijo zaradi duševnih motenj in odvisnosti od prepovedanih drog.   | n = 108 medicinskih sester, zaposlenih v psihiatrični bolnišnici   | Anketiranci so imeli bolj negativen odnos do pacientov z odvisnostjo od prepovedanih drog kot do pacientov s psihotično duševno motnjo.  |
| Sambolić, 2013, Slovenija                        | Kvantitativna raziskava – presečna raziskava, izvedena z vprašalnikom, oblikovanim za raziskavo.  | Raziskati, kakšen odnos imajo zaposleni v zdravstveni negi do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.   | n = 64 zaposlenih v zdravstveni negi v Sloveniji   | V raziskavi so ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi menijo, da je odvisnost razvada, da imajo malo znanja s področja problematike odvisnosti. Avtor ugotavlja, da je delo s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog, nezaželeno, saj za zaposlene predstavlja vir okužb in drugih neželenih dogodkov.   |
| Shaw et al., 2016, Združene države Amerike       | Kvalitativna raziskava z uporabo intervjuja.  | Raziskati odnos medicinskih sester v porodnišnici do oskrbe med nosečnostjo in ob porodu pacientke, odvisne od opioidov.  | n = 8 medicinskih sester, zaposlenih v porodnišnici v Washingtonu, intervjuvanih s delno strukturiranimi intervjuji.   | Intervjuvanci so opisali moralne stiske pri oskrbi porodnic, odvisnih od prepovedanih opioidov, zaradi neodkritosti porodnic. Porodnice so največkrat neresnično navajale informacije o pogostosti, trajanju in odmerkih zlorabljanja prepovedanih opioidov. Neresnice porodnic so zaznane kot največja ovira pri kakovostni oskrbi porodnic, odvisnih od prepovedanih opioidov.   |
| Sleeper & Bochain, 2013, Združene države Amerike | Kvalitativna raziskava z uporabo intervjuja.  | Raziskati in razumeti odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.   | Vzorec raziskave je vključeval intervjuje petih pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, ki so bili v času intervjuja vključeni v šestmesečni program zdravljenja | Intervjuvanci so opisovali izkušnje, pri katerih so občutili skrb medicinskih sester. V primeru, da so jim medicinske sestre posvetile dovolj pozornosti, so bili slišani, obravnavani na spoštljiv in empatičen način, počutili so se, da so udeleženi v zdravljenju. Negativen odnos in stereotipi medicinskih sester so negativno vplivali na izide njihovega zdravljenja. Biti obravnavan kot posameznik je bil pomemben vidik zdravljenja intervjuvancev. |
| Van Boekel et al., 2013, Nizozemska              | Sistematični pregled literature.  | Raziskati odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog in alkohola, in proučiti posledice odnosov na izide zdravljenja v zahodnih državah. | n = 28 raziskav iz podatkovnih baze Pub Med, PsycINFO in Embase, v katerih kriterij je bila objava članka med letoma 2000 in 2011                                  | Zdravstveni delavci manj motivirani, bolj nezadovoljni pri delu s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog, kar raziskovalci povezujejo s trditvami, da so pacienti, odvisni od prepovedanih drog, pogosteje nasilni, manipulativni ali slabo motivirani za zdravljenje. To pri zdravstvenih delavcih povzroča frustracije, nezadovoljstvo ali občutke nemoči.   |

*Legenda / Legend: n – število / number*

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

| Kode / Codes  | Kategorije / Categories   | Avtorji / Authors  |
|---|---|--|
| Višja stopnja predsodkov medicinskih sester – težave z razumevanjem odvisnosti – strah pred okužbo z virusom HIV – strah pred okužbo s hepatitisom – pogostejše zaznavanje težav pri oskrbi pacientov – slaba motivacija – frustracija – nezadovoljstvo pri delu – občutek nemoči – redko srečevanje s pacienti – pomanjkanje empatije – slabša osebnostna angažiranost – pomanjkanje podpore vodstva organizacije – pomanjkanje podpornih struktur – negativne osebne izkušnje pri oskrbi pacientov – nižja starost medicinskih sester – področje dela.  | Kategorija 1 – dejavniki vpliva na negativen medosebni odnos.   | Van Pauly et al., 2015; Chorlton et al., 2015; Van Boekel et al., 2013; Monks et al., 2013; Natan et al., 2009; Ford et al., 2008.   |
| Višja izobrazba – razumeti odvisnost kot bolezen – več kliničnih izkušenj – nižja stopnja predsodkov – motiviranost medicinskih sester – več izkušenj z oskrbo pacientov – razširitev znanja – praktično usposabljanje – organizacijska podpora – možnost posvetovanja s strokovnjaki s področja odvisnosti – protokoli – smernice – dokumentacija – področje dela – osebne izkušnje z odvisnostjo od prepovedanih drog – več izobraževanj s področja obvladovanja bolečine pri pacientih – delo na oddelkih za zdravljenje odvisnosti – zadovoljstvo pri delu s pacienti – samozavest medicinskih sester – legitimnost.                                | Kategorija 2 – dejavniki vpliva na pozitivnejši medosebni odnos.  | El Rasheed et al., 2016; Van Pauly et al., 2015; Neville, & Roan, 2014; Van Boekel et al., 2013; Nilsen et al., 2013; Chu & Galang, 2013; Monks et al., 2013; Morgan, 2014; Natan et al., 2009; Ford et al., 2008. |
| Pogostejša nasilnost pacientov – manipulativnost pri zdravljenju – slaba motiviranost pri zdravljenju – neodkritost pri terapevtskem odnosu – zahtevnejši pacienti – nezanesljivost pri upoštevanju načrta zdravljenja – nesramnost – zloraba analgetikov v času zdravljenja – recidiv – odvisnost od heroina – neresničnost navajanja podatkov o trajanju in pogostosti zlorabe prepovedanih drog.   | Kategorija 3 – psihopatološki, vedenjski in drugi dejavniki tveganja na strani pacienta, ki so pomembni za kakovost medosebnega odnosa. | Shaw et al., 2015; Neville & Roan, 2014; Van Boekel et al., 2013; Monks et al., 2013; Rao et al., 2009.  |
| Neupoštevanje fizičnih potreb pacientov – neupoštevanje čustvenih potreb pacientov – odlašanje medicinskih sester glede na potrebe pacientov – ignoriranje medicinskih sester – obtoževanje pacientov na podlagi neresničnih dejstev – pomanjkanje avtonomije – pomanjkanje pozornosti – nerazumevanje pacientov – pomanjkanje časa za paciente – pomanjkanje razumevanja – slaba oskrba.   | Kategorija 4 – posledice neustreznega odnosa medicinskih sester do zdravstvene oskrbe pacientov.  | Chorlton et al., 2016; Neville & Roan, 2014; Sleeper, & Bochain, 2013; Monks et al., 2013; Lovi & Barr, 2009.  |
| Edukacija medicinskih sester s področja odvisnosti od prepovedanih drog – podpora vodstva – interdisciplinarno delo v timih, v katerih bi sodelovali strokovnjaki s področja odvisnosti – oblikovanje na dokazih temelječe prakse pri oskrbi pacientov – povečanje obsega izobraževanj s področja odvisnosti pri formalnem izobraževanju medicinskih sester – kontinuirano izobraževanje – ozaveščanje medicinskih sester o stigmatiziranju in označevanju pacientov – dodatna izobraževanja v formalnem izobraževanju, programi, ki bi vključevali neposreden stik s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog – izobraževanja s področja komunikacije. | Kategorija 5 – ukrepi za preprečevanje predsodkov in stigmatizacije pacientov.  | El Rasheed et al., 2016; Shaw et al., 2015; Van Boekel et al., 2013; Chu & Galang, 2013; Monks et al., 2013; Morgan, 2012; Howard & Holmshaw, 2010; Ford et al., 2008.   |

je odraz bolezn, življenjskih okoliščin in socialnega položaja, so imeli boljši odnos, razumevanje in manj predsodkov do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog (Nilsen et al., 2013).

Monks et al. (2013) v raziskavi ugotavljajo dve kategoriji, povezani z negativnimi odnosom medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, pomanjkanje znanja v oskrbi pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, in nezaupanje, ki je največkrat odraz slabih kliničnih izkušenj. Chang & Yang (2013) ugotavljata, da na negativen odnos medicinskih sester vplivajo tudi demografski dejavniki, kot so: starost, klinične izkušnje, področje dela, osebne izkušnje z odvisnostjo od prepovedanih drog, klinične izkušnje s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog. Howard & Holmshaw (2010) pa povezave med demografskimi

podatki anketirancev in odnosom do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, ne ugotavljata. Na negativen odnos in stigmatiziranje pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, vpliva tudi vrsta odvisnosti.

Zdravstveni delavci imajo več predsodkov do pacientov, ki so odvisni od heroina oziroma so intravenski uživalci drog, kot do pacientov, ki so odvisni od marihuane. Na negativen odnos medicinskih sester vpliva tudi slab napredek pri zdravljenju odvisnosti od prepovedanih drog, recidiv in percepcija medicinskih sester o neuspehu pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, ter povezanost s kriminalnimi dejanji. Ta odnos medicinskih sester zmanjšuje občutek varnosti pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, v kliničnih okoljih (Lovi & Barr, 2009; Shaw et al., 2016).

V pregledu literature ugotavljamo tudi nevtralen

oziroma pragmatičen odnos zaposlenih do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, ki je dejansko pozitiven odnos (Pauly et al., 2015). Za zaposlene, ki so sprejeli, da je odvisnost bolezen in da je posameznik, odvisen od prepovedanih drog, pacient, je pragmatičen odnos značilen. Avtorji pragmatičen odnos povezujejo s stalnim delom medicinskih sester s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog (Chu & Galang, 2013). Stalne interakcije s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog, povečujejo zaupanje, znanje in empatijo medicinskih sester. Kot drugo možnost avtorji navajajo akademsko okolje in dobro organizacijsko klimo organizacije, ki pripomore k strokovnejši obravnavi pacientov, odvisnih od prepovedanih drog (Chu & Galan, 2013). V raziskavi Nilsen et al. (2013) ugotavljajo pozitiven odnos diplomiranih medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Anketiranci so se zavedali pomembnosti pravilnega terapevtskega odnosa pri delu s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog. Na pozitiven terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom, odvisnim od prepovedanih drog, po mnenju anketirancev najbolj vplivajo: ustreznost v odnosu, podporna vloga, zadovoljstvo pri delu, samozavest in legitimnost. To potrjuje tudi raziskava, ki so jo izvedli van Boekel et al. (2013), da imajo zdravstveni delavci, ki imajo več znanj in izkušenj ali se pogosteje srečujejo s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog, pozitivnejši odnos v primerjavi z zaposlenimi, ki se z odvisnostjo od prepovedanih drog srečujejo redkeje ali pri svojem delu občutijo pomanjkanje znanja in izkušenj za delo s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog.

Glede na pregled literature ugotavljamo, da je vloga medicinske sestre pri obravnavi pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, zahtevna in kompleksna, zlasti na nivoju medosebnega odnosa, ki se razvija od prvega stika pacienta z medicinsko sestro v bolnišnici skozi celotno zdravstveno obravnavo (Adams, 2017). Razvoj in izobraževanje medicinskih sester se mora v prihodnosti osredotočiti na večjo podporo medicinskim sestram tako v smislu izobraževanja kot podpore z ustreznim svetovanjem. Predvsem pa je pomembna podpora medicinskim sestram v obliki prakse, temelječe na dokazih (Ford et al., 2008). Medicinske sestre poročajo o pomanjkanju znanj kot posledici pomanjkanja formalnega izobraževanja, ki bi zagotavljalo kakovostno oskrbo pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.

Protokoli, smernice in ustrezna strokovna dokumentacija so lahko v pomoč za nepristransko zdravljenje in orodja, s katerimi se izboljša zdravstvena obravnava pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Na tak zaključek nas usmerja podatek, da interdisciplinarno delo pri zdravstveni obravnavi pacienta, odvisnega od prepovedanih drog, v timih pripomore k večji kakovosti dela in je prepoznan kot ukrep, ki je izboljšal odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog (van Boekel et al., 2013). Na

področju porodništva so med medicinskimi sestrami in babicami izboljšali njihov odnos do nosečnic in otročnic, ki uživajo prepovedane droge, predvsem z različnimi strokovnimi vsebinami (Shaw et al., 2015). Pomanjkanje znanja je glavni vzrok za negativen odnos in slab izid zdravljenja pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. V raziskavi, ki sta jo izvedla Neville & Roan (2009), so intervjuvanci izrazili potrebo po dodatnih izobraževanjih in podpori strokovnjakov s področja odvisnosti za celotno oskrbo pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Chang & Yang (2013) ugotavljata, da je kontinuirano izobraževanje medicinskih sester s področja odvisnosti povezano z odnosom in stališči medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.

Pomanjkanje znanja se pojavlja tudi na področju formalnega izobraževanja v času študija. Raziskava, ki so jo izvedli van Boekel et al. (2013), izpostavlja potrebo po usposabljanju in izobraževanju zdravstvenih delavcev za razširitev znanja, spretnosti in učinkovitosti pri delu s pacienti, odvisnimi od prepovedanih drog. Pri tem bi ključno vlogo morala igrati organizacijska podpora, ki bi s podporo, nadzorom in možnostjo posvetovanja s strokovnjaki prispevala h kakovostnejši zdravstveni oskrbi pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.

Kakovost zdravstvene oskrbe pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, se znižuje prav zaradi pomanjkanja podpornih struktur in podpore vodstva pri izobraževanju zdravstvenim delavcev. Crapanzano et al. (2014) ugotavljajo pomen izobraževanja pri stigmatizaciji pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. V programu za izobraževanje zdravstvenih delavcev so uporabili ciljna predavanja, razprave in neposredno interakcijo zaposlenih v zdravstvu s pacientom, odvisnim od prepovedanih drog. S primerjanjem rezultatov anketirancev pred triurnim izobraževanjem in po njem so ugotovili zmanjšanje stigmatizacije intravenskih uživalcev prepovedanih drog (Shaw et al., 2016).

Omejitev pregleda literature se nanaša na pomanjkanje slovenske literature s tega področja. Pri pregledu slovenskih virov smo vključili le en zadetek, pri čemer je bila raziskava narejena na manjšem vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi (Sambolić, 2013). Manjkajo tudi primerjalne raziskave, s katerimi bi lahko dejansko ocenili pomen pozitivnega ali negativnega odnosa medicinskih sester do pacienta, odvisnega od prepovedanih drog. Dokazov višjega hierarhičnega nivoja (metaanalize in randomizirane raziskave) nismo našli, kar pa je glede na naši raziskovalni vprašanji razumljivo, saj smo iskali opisne podatke. Zaključimo lahko, da smo našli predvsem opisne raziskave, ki glede na naši raziskovalni vprašanji predstavljajo zadovoljivo raven dokazov (Melnik & Fineout-Overholt, 2015).

## Zaključek

V pregledu literature ugotavljamo, da med medicinskimi sestrami prevladuje negativen odnos do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. Negativni odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, je v največji meri posledica prepričanja, da odvisnost sama po sebi ni bolezen. Posledice se odražajo na manjvrednostnem odnosu in nekakovostni zdravstveni obravnavi, kar pomeni, da pacienti, odvisni od prepovedanih drog, zaradi stereotipov in stigmatizacije bolezni ne prejmejo zdravstvenih storitev v obsegu, kot bi jih dobili v primerjavi z ostalimi somatskimi boleznimi.

Z rednim formalnim in neformalnim izobraževanjem o odvisnosti od prepovedanih drog bi se lahko spremenil odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. To bi omogočilo kakovostno, predvsem pa enakopravnejšo zdravstveno oskrbo pacientov, odvisnih od prepovedanih drog, ki bi za posledico imela boljši izid zdravljenja pacientov, odvisnih od prepovedanih drog.

## Nasprotje interesov / Conflicts 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 research received no funding.

## Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskava ni potrebovala posebnega dovoljenja etične komisije. / The research did not require any special authorization from the ethics commission.

## Prispevek avtorjev / Author contributions

Prvi avtor je pod mentorstvom zadnjega avtorja pripravil raziskovalni predlog, načrt raziskave, izvedel raziskavo in oblikoval besedilo članka. Drugi avtor je v vseh fazah raziskovalnega procesa sodeloval kot svetovalec avtorju in pri pisanju članka. / Under the mentorship of the last author the first author prepared a research proposal, a research plan, carried out a survey and wrote the article. The second author participated in all stages of the research process and participated in the writing of the article.

## Literatura

Adams, L. Y. (2017). Peplau's contributions to psychiatric and nursing knowledge. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1(1), 10–18.

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care*. New York: Open University Press.

Bregar, B. (2008). Vpliv stereotipov na kvaliteto odnosov pri delu z odvisnimi od prepovedanih drog. In B. Možgan (Ed.), *Obravnava bolnika, odvisnega od prepovedanih drog: zbornik prispevkov*, Ljubljana, 18. april 2008 (pp. 150–163). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.

Bregar, B., & Verbič, M. (2009). Zdravstvena nega pacienta, odvisnega od prepovedanih drog. In P. Pregelj & R. Kobentar (Eds.), *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik* (pp. 155–162). Ljubljana: Rokus Klett.

Bregar, B. (2010). Učinkovita zdravstvena obravnava odvisnega pacienta. In B. Bregar & R. Sotler (Eds.), *Delo z odvisnimi: povezovanje primarnega s sekundarnim zdravstvenim varstvom* (pp. 46–50). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.

Bregar, B. (2012). Odvisnost od trdih drog: Izziv ali problem. In A. Posavec (Ed.), *Droge prepoznavanje in ukrepanje v predbolnišnični nujni medicinski pomoči, Rogla, 20. in 21. april 2012* (pp. 19–26). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija reševalcev v zdravstvu.

Cheatle, M., Comer, D., Wunsch, M., Skoufalos, A., & Reddy, Y. (2014). Treating pain in addicted patients: Recommendations from an expert panel. *Population Health Management*, 17(2), 79–89.

<https://doi.org/10.1089/pop.2013.0041>

PMid:2413834;1 PMCID:PMC3996998

Chorlton, E., Smith, I., & Jones, S. A. (2015). Understanding how people who use illicit drugs and alcohol experience relationships with psychiatric inpatient staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 51–58.

<https://doi.org/10.1007/s00127-014-0920-2>

PMid:25008543

Chu, C., & Galang, A. (2013). Hospital nurses' attitudes toward patients with a history of illicit drug use. *The Canadian Nurse*, 109(6), 29–33.

Crapanzano, K., Vath, R. J., & Fisher, D. (2014). Reducing stigma towards substance users through an educational intervention: Harder than it looks. *Academic Psychiatry*, 38(4), 420–425.

<https://doi.org/10.1007/s40596-014-0067-1>

PMid:24619913

El Rasheed, H., El Sheikh, A., El Missiry, M., Marwa, A., Hisham, H., & Nihal, A. (2016). Addiction stigma among mental health professionals and medical students in Egypt. *Addictive Disorders & Their Treatmen*, 15(4), 165–174.

<https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000090>



- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *European Drug Report 2018: Trends and developments*. Publications Office of the European Union.
- Feeg, V. D., Prager, L. S., Moylan, L. B., Smith, K. M., & Cullinan, M. (2014). Predictors of mental illness stigma and attitudes among college students: Using vignettes from a campus common reading program. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 694–703.  
<https://doi.org/10.3109/01612840.2014.892551>  
PMid:25162192
- Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemporary Nurse*, 37(2), 241–252.  
<https://doi.org/10.5172/conu.2011.37.2.241>  
PMid:21692595
- Ford, R., Bammer G., & Becker N. (2008). The determinants of nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2452–2462.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02266.x>  
PMid:18547349
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 20–38.
- Howard, V., & Holmshaw, J., 2010. Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 862–872.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01620.x>  
PMid:21078001
- Herman, M. A., & Roberto, M., 2010. The addicted brain: Understanding the neurophysiological mechanisms of addictive disorders. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, (9)8.  
<https://doi.org/10.3389/fnint.2015.00018>  
PMid:25852502; PMCid:PMC4365688
- Lohman, D., Schleifer, R., & Amon, J. J., 2010. Access to pain treatment as a human right. *BMC medicine*, 8(8), 1–9.  
<https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-8>  
PMid:20089155; PMCid:PMC2823656
- Lovi, R., & Barr, J. (2009). Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Giorgi study. *Contemporary Nurse*, 33(2), 166–178.  
<https://doi.org/10.5172/conu.2009.33.2.166>  
PMid:19929161
- Melnyk, B. Z., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLOS Medicine*, 6(7), Article e1000097.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>  
PMid:19621072; PMCid:PMC2707599
- Monks, R., Topping, A., & Newell, R. (2013). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: A grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 935–946.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x>  
PMid:22776007
- Morgan, B. D. (2014). Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain: Pain management nursing. *Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 15(1), 165–175.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>  
PMid:24602434
- Morley, G., Briggs, E., & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of patients with substance-use disorder in pain: A phenomenological study. *Pain Management Nursing*, 16(5), 701–711.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>  
PMid:25979457
- Natan, M. B., Beyil, V., & Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the theory of reasoned action. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 566–573.  
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01799.x>  
PMid:19958412
- Neville, K., & Roan, N., 2014. Challenges in nursing practice: nurses' perceptions in caring for hospitalized medical-surgical patients with substance abuse/dependence. *The Journal of Nursing Administration*, 44(6), 339–346.  
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>  
PMid:24835142
- Nilsen, S. L., Stone, W. L., & Burlison, S. L. (2013). Identifying medical-surgical nursing staff perceptions of the drug-abusing patient. *Journal of Addictions Nursing*, 24(3), 168–172.  
<https://doi.org/10.1097/JAN.0b013e3182a4cb9c>  
PMid:24621546
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th Ed.). Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Pauly, B. B., McCall, J., Browne, A. J., Parker, J., & Mollison, A. (2015). Toward cultural safety: Nurse and patient perceptions of illicit substance use in a hospitalized setting. *ANS Advances in Nursing Science*, 38(2), 121–135.  
<https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000070>  
PMid:25932819

- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 279–284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x>  
PMid:19291157
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1080–1084. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.026>  
PMid:19692163
- Russell, R., Ojeda, M. M., & Ames, B. (2017). Increasing RN perceived competency with substance use disorder patients. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(4), 175–183. <https://doi.org/10.3928/00220124-20170321-08>  
PMid:28362465
- Sambolić, D. (2013). *Odnos zaposlenih v zdravstveni negi do uporabnikov prepovedanih drog (diplomsko delo)*. Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Jesenice.
- Shaw, M. R., Smith, C. L., Heberman, M., Howell, D., Flemig, S., & Roll, J. M. (2016). Nurses' perceptions of caring for childbearing women who misuse opioids. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(1), 37–42. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000208>  
PMid:26658534
- Sleeper, J. A., & Bochain, S. S. (2013). Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients: A phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(7), 92–98. <https://doi.org/10.5430/jnep.v3n7p92>
- Saldana, J. (2015). *An introduction of codes and coding: The coding manual for qualitative researchers* (pp. 1–43). SAGA.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1/2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>  
PMid:23490450
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *The New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1511480>  
PMid:26816013; PMCID:PMC6135257

---

*Citirajte kot / Cite as:*

Perviz, A., Bole, U., & Bregar, B. (2021). Odnos medicinskih sester do pacienta, odvisnega od prepovedanih drog: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), 113–124. <https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.2.2961>

## NAVODILA AVTORJEM

### Splošna navodila

Članek naj bo napisan v slovenskem ali angleškem knjižnem jeziku, razumljivo in jedrnat, 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 Wordovi predlogi, ki sta dostopni na spletni strani uredništva (Naslovna stran in Predloga za izvirni znanstveni / pregledni članek). 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 morajo biti podpisani s celotnim imenom in priimkom. Navesti je potrebno korespondenčnega avtor (s polnim naslovom, telefonsko številko in elektronskim naslovom), ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom in ostalimi avtorji. 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, leto velja tudi za angleško pisane članke, le da so v tem primeru našteje 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.

### Etična načela

Če uredništvo ugotovi, da rokopis krši avtorske pravice, se rokopis takoj izloči iz uredniškega postopka. Plagiatorstvo ugotavljamo s *Detektorjem podobnih vsebin* (DPV) in *CrossCheck Plagiarism Detection System*. Avtorji ob oddaji članka podpišejo *Izjavo o avtorstvu* in z njo potrjujejo, da noben del prispevka do sedaj ni bil objavljen ali sprejet v objavo kjer koli drugje in v katerem koli jeziku.

V primeru etičnih kršitev se sproži postopek pregleda in razsojanja, ki ga vodi uredniški odbor revije. Na drugi stopnji etičnega presojanja razsodi Častno razsodišče Zbornice Zveze.

### 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

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

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

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

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

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

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

## Navajanje literature

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo, koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo *APA 6 - American Psychological (APA Style, 2021)* 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. Ko avtorje v besedilu navajamo prvič zapišemo do 5 avtorjev s priimki (zadnja dva priimka ločimo z »&«: (Stare & Pahor, 2010; Sharp, Novak, Aarons, Wittenberg, & Gittens, 2007). Če je avtorjev več kot 5 navedemo le prvega in dopišemo »et al.«: (Chen et al., 2007). V nadaljnjem tekstu pišemo kadar so 3 ali več avtorjev priimek prvega avtorja in »et al.« (več o uporabi najdete na strani <https://blog.apastyle.org/apastyle/2011/11/the-proper-use-of-et-al-in-apa-style.html>). 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 do vključno sedem, moramo navesti vse avtorje. Pred zadnjim avtorjem damo znak &. V primeru, da je avtorjev 8 ali več, navedemo prvih šest avtorjev, dodamo tri pike in zadnjega avtorja. V primeru, da imamo med viri dva avtorja z istim priimkom in enakimi prvimi črkami imena, moramo avtorjevo polno ime napisati v oglatih oklepajih za začetnico imena.

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 ustrezni referenci v seznamu (glej primere v nadaljevanju). Če citiramo več strani iz istega dela, strani navajamo ločene z vejico (npr.: pp. 15–23, 29, 33, 84–86). Če je citirani prispevek dostopen na spletu, na koncu bibliografskega zapisa navedemo »Retrieved from« in datum dostopa ter zapišemo URL- ali URN-naslov (glej primere).

Avtorjem priporočamo, da pregledajo objavljene članke na temo svojega rokopisa v predhodnih številkah naše revije (za obdobje zadnjih pet let).

Ostali primeri citiranja so avtorjem na voljo na <https://apastyle.apa.org/>.

## Primeri navajanja literature v seznamu

### Citiranje knjige:

Nemac, D., & Mlakar-Mastnak, D. (2019). *Priporočila za telesno dejavnost onkoloških bolnikov*. Ljubljana: Onkološki inštitut.

Ricci Scott, S. (2020). *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

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

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

Longman, L., & Heap, P. (2010). Sedation. In R. S. Ireland (Ed.), *Advanced dental nursing* (2nd ed., pp. 159–224). Hoboken: Blackwell Publishing.  
<https://doi.org/10.1002/9781118786659.ch4>

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

Farkaš-Lainščak, J., & Sedlar, N. (Eds.). (2019). *Ocena potreb, znanja in veščin bolnikov s srčnim popuščanjem in obremenitev njihovih neformalnih oskrbovalcev: znanstvena monografija*. Murska Sobota: Splošna bolnišnica.

### Citiranje člankov iz revij:

East-Telling, C., Kingston, P., Taylor, L., & Emmerson, L. (2021). Ageing simulation in health and social care education: A mixed methods systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 23–46.  
<https://doi.org/10.1111/jan.14577>

Selfridge, M., Card, K. G., Lundgren, K., Barnett, T., Guarasci, K., Drost, A. ... Lachowsky, N. (2020). Exploring nurse-led HIV Pre-Exposure Prophylaxis in a community health care clinic. *Public Health Nursing*, 37(6), 871–879.  
<https://doi.org/10.1111/phn.12813>

Oh, H.-K., & Cho, S.-H. (2020). Effects of nurses' shiftwork characteristics and aspects of private life on work-life conflict. *PLoS ONE*, 15(12), Article e0242379.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242379>

Marion, T., Reese, V., & Wagner, R. F. (2018). Dermatologic features in good film characters who turn evil: The transformation. *Dermatology Online Journal*, 24(9), Article 4. Retrieved December 4, 2019 from <https://escholarship.org/uc/item/1666h4z5>

Sundaram, V., Shah, P., Karvellas, C., Asrani, S., Wong, R., & Jalan, R. (2020). Share MELD-35 does not fully address the high waiting list mortality of patients with acute on chronic liver failure grade 3. *Journal of Hepatology*, 73(Suppl. 1), S8–S9.  
[https://doi.org/10.1016/S0168-8278\(20\)30578-X](https://doi.org/10.1016/S0168-8278(20)30578-X)

Livingstone-Banks, J., Ordóñez-Mena, J. M., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001118.pub4>

Anonymous. (2010). Food safety shake-up needed in the USA. *The Lancet*, 375(9732), 2122.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60979-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60979-8)

### 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, B. M. Kaučič & J. Ramšak-Pajk 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* (pp. 38–46). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

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

Ajlec, A. (2010). *Komunikacija in zadovoljstvo na delovnem mestu kot del kakovostne zdravstvene nege* (diplomsko delo). Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Maribor.

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

Kolenc, L. (2010). *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre* (doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.

## Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov in organizacij:

*The Patient Protection and Affordable Care Act, Publ. L. No. 111-148, 124 Stat. 119* (2010). Retrieved from <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>

*Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja / ZOFVI/* (1996). Uradni list RS, št. 12 (13. 12. 1996). Retrieved from [http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r05/predpis\\_ZAKO445.html](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r05/predpis_ZAKO445.html)

*Zakon o pacientovih pravicah /ZPacP/* (2008). Uradni list RS, št. 15 (29. 1. 2008). Retrieved from <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

World Health Organization. (2017). *Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Guideline Central. Retrieved from <https://www.guidelinecentral.com/share/summary/5acc36cc939f5#section-society>

American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Retrieved from <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/coe-view-only/>

*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.

## Citiranje elektronskih virov

American Society for the Prevention of Cruelty to Animals. (2019, November 21). *Justice served: Case closed for over 40 dogfighting victims*. Retrieved April 23, 2020 from <https://www.asPCA.org/news/justice-served-case-closed-over-40-dogfighting-victims>

## 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.

V primeru oddaje članka, ki ni skladen z navodili, si uredništvo pridružuje pravico do zavrnitve članka. Spreminjanje vrstnega reda avtorjev ali korespondenčnega avtorja tekom postopka objave članka ni dovoljeno, zato naprošamo avtorje, da skrbno pregledajo v dokumentu Naslovna stran vrstni red avtorjev.

Pred oddajo članka naj avtor članek pripravi v naslednjih treh 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, ORCID, Twitter) in podatek o tem, kdo je korespondenčni avtor; če je članek napisan v angleščini, morajo biti tako zapisani tudi vsi podatki o avtorjih; podpisi avtorjev; v sistem je vključena e-izjava o avtorstvu;
- informacijo, ali članek vključuje del rezultatov večje raziskave oz. ali je nastal v okviru diplomskega, magistrskega ali doktorskega dela (v tem primeru je prvi avtor vedno študent);
- izjave (statements): avtorji morajo ob oddaji rokopisa podati sledeče izjave (pri slovensko pisanem članku so vse izjave tako v slovenščini kot tudi v angleščini), ki bodo po zaključenem recenzentskem postopku in odločitvi za sprejem članka v objavo prikazane na koncu članka pred poglavjem *Literatura*.

## Zahvala / Acknowledgements

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

## Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

## Financiranje / Funding

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

## Etika raziskovanja / Ethical approval

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

Slovenije (2014), «v skladu s katero je treba v seznamu literature navajati oba vira.

### Prispevek avtorjev / Author contributions

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

### 2. IZJAVA O AVTORSTVU

Izjavo o avtorstvu in strinjanju z objavo prispevka, s podpisami avtorjev in razčlenitvijo delov pri katerih so sodelovali na podlagi ICMJE smernic h katerim je revija zavezana.

**3. 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 oziroma 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).

### Predložitev članka s strani urednikov ali članov uredniškega odbora

Spodbudno je, da uredniki in člani uredniškega odbora Obzornika zdravstvene nege objavljajo v reviji. V izogib vsakršnemu konfliktu interesov, člani uredniškega odbora ne vodijo uredniškega postopka za svoj članek. Če eden izmed urednikov predloži članek v uredništvo, potem drugi urednik sprejema odločitve vezane na članek. Uredniki ali člani uredniškega odbora ne opravljajo recenzije ali vodijo uredniškega postopka sodelavcev iz institucije v kateri so zaposleni, pri čemer morajo paziti na nastanek potencialnih konfliktov interesov. Od vseh članov uredniškega odbora kot tudi urednikov se pričakuje, da bodo spoštovali zasebnost, sledili načelu pravičnosti in sporočali morebitne konflikte interesov, ki jih imajo do avtorjev oddanih člankov.

### 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. Uredništvo predlaga avtorju, da popravke / spremembe v članku označi z rumeno barvo. 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, v nasprotnem 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 objavlanje. 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)novjšo 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 recenzijskem 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

APA Style. (2021). Retrieved May 2nd, 2021, from <https://apastyle.apa.org/>

APA Style 6th Edition Blog: APA Style Experts. (2009). Retrieved May 2nd, 2021, from <https://blog.apastyle.org/apastyle/2011/11/the-proper-use-of-et-al-in-apa-style.html>

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.

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), 2191–2194.

<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>  
PMid:24141714

Posodobljeno marec 2021

Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege. (2021). Navodila avtorjem in recenzentom. *Obzornik zdravstvene nege* 55(2), 125–131.

## GUIDE FOR AUTHORS

### General guidelines

The manuscript should be written clearly and succinctly in standard Slovene or English and should 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 templates accessible on the website of the editorial board (Title Page and Template for Original Scientific Article / Review Article). All articles considered for publication in the Slovenian Nursing Review will be subjected to external, triple-blind peer review. Manuscripts are accepted for consideration by the journal with the understanding that they represent original material, have not been previously published and are not being considered for publication elsewhere. Individual authors bear full responsibility for the content and accuracy of their submissions and should therefore state their full name(s) when submitting the article. The submission should also include the name of the designated corresponding author (with their complete home and e-mail address, and telephone number) responsible for communicating with the editorial board and other authors. In submitting a manuscript, the authors must observe the standard scientific research paper structure, format and typology, and submission guidelines. The manuscript will be submitted to the review process once it is submitted in accordance with the guidelines of the editorial office.

If the article reports on research involving human subjects, it should be evident from the methodology section 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 the institutional or national level prior to subject recruitment and data collection.

The title of the article, abstract and key words, tables (descriptive title and legend) and figures (descriptive title, notes and legend) must be submitted in Slovene as well as in English. The same applies to articles written in English, in which these elements must be presented first in the English language, followed by their translation into Slovene. A manuscript can include a total of five tables and/or figures. Tables and figures should be placed next to the relevant text. The results presented in the tables and figures should use symbols as required by the Author Guidelines, available on the journal website. The authors should refer to each table/figure in the text. The use of footnotes or endnotes is not allowed.

### Ethical principles

Should the editorial board find that the manuscript infringes any copyright, it will be immediately excluded from the editorial process. In order to detect plagiarism, a detector of similar contents *Detektor podobnih vsebin* (DPV) and the *CrossCheck Plagiarism Detection System* are used. The authors sign the Authorship Statement confirming that no part of the paper has been published or accepted for publication elsewhere and in any other language.

In case of ethical violations, a resolution and adjudication process is initiated, led by the editorial board of the journal. The second stage of the resolution process is conducted by an honorary review panel of the Slovenian Nursing Review.

### Article typology

The editors reserve the right to re-classify any article under a topic category that may be more suitable than that it was originally submitted under. 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)). While such reclassification may be suggested by the author or the reviewer, the final decision rests with the editor-in-chief and the executive editor.

### Methodological structure of an article

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

A **structured abstract** is an abstract which has individually outlined and labelled sections for quick reference. It is structured under the following headings:

**Introduction:** This section indicated the main question to be answered, and states 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, the place, methods and time of data collection, and methods of data analysis.

**Results:** This section briefly summarises and discusses the major findings. The information presented in this

section should be directly connected to the research question and purpose of the study. Quantitative studies should include the statement of 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 positive and negative research findings should be adequately presented.

## Structure of an Original Scientific Article (1.01)

An original scientific article is the first-time publication of original research results in a way which allows the research to be repeated and the findings checked. The research should be based on primary sources no older than five years at the time of the publication of the article.

**Introduction:** In the introductory part, the research problem is defined in the context of theoretical knowledge and scientific evidence. The review of scholarly literature on the topic provides the rationale behind the study and identifies the gap in the literature related to the problem. It justifies the purpose and aims of the study, research questions or hypotheses, as well as the method of investigation (research design, sample size and characteristics of the proposed sample, data collection and data analysis procedures). The research should be based on primary sources of recent national and international research no older than ten or five years respectively if the topic has been widely researched. Citation of sources and references to previous research findings should be included while the authors' personal views should not. Finally, the aims and objectives of the study should be specified. We recommend formulating research questions (qualitative research) or hypotheses (quantitative research).

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

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

The *description of the sample* defines the population from which the sample was selected, the type of the sample, the response rate of the participants, the respondents' demographics (gender, level of educational attainment, length of work experience, post currently held, etc.). In qualitative research, the categories of the sampling procedure and inclusion criteria are also defined and the sample size and saturation is explained.

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

**Discussion:** The discussion section analyses the data descriptively (numerical data should be avoided) in relation to specific variables from the study. 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 to 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 results of the study. 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 suggestions for further research building on the topic, conclusions and contributions of the study, taking into account its limitations. Citations of quotes, paraphrases or abbreviations 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 a maximum of three years before article publication.

A review article represents an overview of the latest publications in a specific subject area, the studies of an individual researcher or group of researchers with the purpose of summarising, analysing, evaluating or synthesising previously published information. Research findings are not only described but explained, interpreted, analysed, critically evaluated and presented in a scholarly manner. A review article presents either qualitative data processing of previous research findings (meta-analyses) or qualitative syntheses of previous research findings (meta-syntheses) and thus provides new knowledge and concepts for further research. The organisational 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 research question(s).

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

*Review methods* include the development, testing and search strategy, predetermined criteria for the inclusion in the review, the searched databases, 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 studies, 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. 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).

*Quality assessment of the review and description of data processing* includes the assessment of the research approach and data obtained as well as the quality of included research studies according to the hierarchy of evidence, and the data processing method.

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

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

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

## References

In academic writing, authors are required to acknowledge the sources from which they draw their information, including all statements, theories or methodologies applied. Authors should follow the *APA 6 - American Psychological Association* (APA Style, 2021) for in-text citations and in the list of references at the end of the paper. **In-text citations** or parenthetical citations are identified by the authors' surname and the publication year placed within parentheses immediately

after the relevant word and before the punctuation mark: (Pahor, 2006). When we list the authors in the text for the first time, we write up to 5 authors with surnames (the last two surnames are separated by '&': (Old & Pahor, 2010; Sharp, Novak, Aarons, Wittenberg, & Gittens, 2007). If there are more than 5 authors, we list only the first and add 'et al.': (Chen et al., 2007). In the following text we write over 3 authors surname and 'et al.' nad (more about use can be found on the page <https://blog.apastyle.org/apastyle/2011/11/the-proper-use-of-et-al-in-apa-style.html>). 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, 2013; Pajntar, 2013; Wong et al., 2013). 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).

Secondary sources should be referenced 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 parentheses, and the year of publication: *The past is the past* (Anon., 2008). In citing a piece of work whose authorship is an organisation or corporate author, the name of the organisation should be given, followed by the year of publication (Royal College of Nursing, 2010). If no date of publication is given, the abbreviation 'n. d.' (no date) should be used: (Smith, n. d.). An in-text citation and a full reference should 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 in the photo is recognisable, a prior informed consent for publication should be gained from the subject or, in the case of a minor, from their parent or guardian.

All in-text citations should be listed in the **references** at the end of the document. Only the citations used are listed in the references, which should be arranged in alphabetical order according to authors' last names. 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 there are more than six authors, the reference includes the first six authors' names followed by et al. The list of references should be arranged in alphabetical order according to the first author's last name, character size 12pt with single spaced lines, left-aligned and with 12pt spacing after references (paragraph spacing). Cited pages should be included in the in-text citation if the original segment of the text is cited (Ploč, 2013, p.56) and in the references (see examples). If several pages are cited from the same source, the pages should be separated by a comma (e.g. pp. 15–23, 29, 33, 84–86). If a source cited is also accessible on the World Wide Web, the bibliographic information should

conclude with 'Retrieved from', date, followed by the URL- or URN-address (See examples).

Authors are advised to consult articles on the topic of their manuscript which have been published in previous volumes of our journal (over the past five-year period). Other examples of citations and references are available at <https://apastyle.apa.org/>.

## Reference Examples by Type of Reference

### Book references:

Nemac, D., & Mlakar-Mastnak, D. (2019). *Priporočila za telesno dejavnost onkoloških bolnikov*. Ljubljana: Onkološki inštitut.

Ricci Scott, S. (2020). *Essentials of maternity, newborn and women's health nursing* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

### References for chapter/essay in a book edited by multiple editors:

Longman, L., & Heap, P. (2010). Sedation. In R. S. Ireland (Ed.), *Advanced dental nursing* (2nd ed., pp. 159–224). Hoboken: Blackwell Publishing.  
<https://doi.org/10.1002/9781118786659.ch4>

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

### References for books edited by one or multiple authors:

Farkaš-Lainščak, J., & Sedlar, N. (Eds.). (2019). *Ocena potreb, znanja in veščin bolnikov s srčnim popuščanjem in obremenitev njihovih neformalnih oskrbovalcev: znanstvena monografija*. Murska Sobota: Splošna bolnišnica.

### Journal article references:

Eost-Telling, C., Kingston, P., Taylor, L., & Emmerson, L. (2021). Ageing simulation in health and social care education: A mixed methods systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(1), 23–46.  
<https://doi.org/10.1111/jan.14577>

Selfridge, M., Card, K. G., Lundgren, K., Barnett, T., Guarasci, K., Drost, A. ... Lachowsky, N. (2020). Exploring nurse-led HIV Pre-Exposure Prophylaxis in a community health care clinic. *Public Health Nursing*, 37(6), 871–879.  
<https://doi.org/10.1111/phn.12813>

Oh, H.-K., & Cho, S.-H. (2020). Effects of nurses' shiftwork characteristics and aspects of private life on work-life conflict. *PLoS ONE*, 15(12), Article e0242379.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242379>

Marion, T., Reese, V., & Wagner, R. F. (2018). Dermatologic features in good film characters who turn evil: The transformation. *Dermatology Online Journal*, 24(9), Article 4. Retrieved December 4, 2019 from <https://escholarship.org/uc/item/1666h4z5>

Sundaram, V., Shah, P., Karvellas, C., Asrani, S., Wong, R., & Jalan, R. (2020). Share MELD-35 does not fully address the high waiting list mortality of patients with acute on chronic liver failure grade 3. *Journal of Hepatology*, 73(Suppl. 1), S8–S9. [https://doi.org/10.1016/S0168-8278\(20\)30578-X](https://doi.org/10.1016/S0168-8278(20)30578-X)

Livingstone-Banks, J., Ordóñez-Mena, J. M., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001118.pub4>

Anonymous. (2010). Food safety shake-up needed in the USA. *The Lancet*, 375(9732), 2122. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60979-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60979-8)

### References for 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, B. M. Kaučič, J. Ramšak-Pajk 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* (pp. 38–46). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

### References for 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). Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Maribor.

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

Kolenc, L. (2010). *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre* (doktorska disertacija). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.

### References for laws, codes, regulations and organisations:

*The Patient Protection and Affordable Care Act, Publ. L. No. 111-148, 124 Stat. 119* (2010). Retrieved from <https://www.govinfo.gov/content/pkg/PLAW-111publ148/pdf/PLAW-111publ148.pdf>

*Zakon o organizaciji in financiranju vzgoje in izobraževanja / ZOFVII* (1996). Uradni list RS, št. 12 (13. 12. 1996). Retrieved from [http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r05/predpis\\_ZAKO445.html](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r05/predpis_ZAKO445.html)

*Zakon o pacientovih pravicah /ZPacP/* (2008). Uradni list RS, št. 15 (29. 1. 2008). Retrieved from <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

World Health Organization. (2017). *Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Guideline Central. Retrieved from <https://www.guidelinecentral.com/share/summary/5acc36cc939f5#section-society>

American Nurses Association. (2015). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Retrieved from <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/coe-view-only/>

*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.

### References for electronic resources:

American Society for the Prevention of Cruelty to Animals. (2019, November 21). *Justice served: Case closed for over 40 dogfighting victims*. Retrieved April 23, 2020 from <https://www.aspc.org/news/justice-served-case-closed-over-40-dogfighting-victims>

## 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.

If the article submitted does not comply with the submission guidelines, the editorial board retains the right to reject the article. Changing the order of authors or corresponding authors during the publication process is not permitted. We therefore ask authors to carefully review the sequence of authors stated in the 'Title Page' – Names of Authors document.

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

#### 1. The TITLE PAGE, which should include:

- the title of the article;
- the full names of the author/s in the same order as that cited in the article;
- the data about the authors (name, surname, their highest academic degree, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status, e-mail address, ORCID, Twitter), 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; authors' signatures; the

- e-statement of authorship 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, masters 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 articles written in the Slovene language, the English version of the statements must be included). The statements should be included before the 'References' 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 recognising 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 including the following statement: 'The authors declare that no conflicts of interest exist.'

### Funding

The authors are responsible for recognising 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 including 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. STATEMENT OF AUTHORSHIP

The statement of authorship and permission to publish the article should include authors' signatures and their contribution to the paper in line with the principles and recommendations of the ICMJE.

**3. THE MAIN DOCUMENT** should be anonymised and include the title (without the names of authors and contact data), abstract, key words, the text in the designated format, tables, figures, images and literature. Authors may present up to 5 tables/figures in the article.

**Length of the manuscript:** The length of the paper 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 stated in the 'Title Page' document.

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. Authors are required to use the Microsoft Word template available at the Slovenian Nursing Review website.

The tables should contain information organised into discrete rows and columns. They should be numbered sequentially 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 summarising the data in respective rows and columns, and, if necessary, notes and legends. No empty cells should be 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 table sizes.

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

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

### **Article submissions by editors and members of the editorial board**

Editors and members of the Slovenian Nursing Review editorial board are encouraged to publish in the journal. To avoid any conflicts of interest, members of the editorial board do not process their own papers. If one of the editors submits a paper, another editor processes it. Editors or members of the editorial board also do not deal with the review or processing of papers by research collaborators or colleagues in their work institutions, and need to be very mindful of any potential conflict of interest. All members of the editorial board as well as editors are expected to exercise discretion, fairness and declare to the editing team any proximity to submitting authors.

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

## References

APA Style. (2021). Retrieved May 2nd, 2021, from <https://apastyle.apa.org/>

APA Style 6th Edition Blog: APA Style Experts. (2009). Retrieved May 2nd, 2021, from <https://blog.apastyle.org/apastyle/2011/11/the-proper-use-of-et-al-in-apa-style.html>

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, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

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), 2191–2194. Retrieved from <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>  
PMid:24141714

Updated on March 2021

---

Cite as:

Slovenian Nursing Review. (2021). Guide for authors and reviewers. *Slovenian Nursing Review*, 55(2), 132–139.

# Obzornik zdravstvene nege

## Slovenian Nursing Review

### NAROČILNICA

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

Ime:

Priimek:

Ulica:

Pošta:

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

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

Kraj in datum:

Podpis:



# Obzornik zdravstvene nege

## Slovenian Nursing Review

### NAROČILNICA

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

Ime / Naziv:

Ulica:

Pošta:

Naročnino bomo poravnali v osmih dneh po prejemu računa.

Davčna številka:

Kraj in datum:

Podpis in žig:

## SLOVENIAN NURSING REVIEW

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

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

Founded and published by:

**The Nurses and Midwives Association of Slovenia**

Editor in Chief and Managing Editor:

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

Editor, Executive Editor:

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

Editor, Web Editor:

**Martina Kocbek Gajšt, MA, BA**

Editorial Board:

- **Branko Bregar, 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, PhD, MSc, BSN, Assistant Professor**, Primary Healthcare Centre Ilirska Bistrica, 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 Gregorčič, BA**

Reader for English

**Nina Bostič Bishop, MA, BA**

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

E-mail: [obzornik@zbornica-zveza.si](mailto:obzornik@zbornica-zveza.si)

Official web page: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/>

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

Print run: 535 copies

Designed by: Nataša Artiček – Vizuart, s. p.

Printed by: Tiskarna knjigovoznica Radovljica d. o. o.

Printed on acid-free paper.

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

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

# Kazalo / Contents

## UVODNIK / EDITORIAL

- The role of epidemiological modeling of COVID-19 in the health system  
Vloga epidemiološkega modeliranja COVID-19 v zdravstvenem sistemu  
*Tina Kamenšek, Miha Fošnarič, Janez Žibert* 72

## IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Razjede in njihovo celjenje pri pacientih po amputaciji  
Ulcers and their treatment in patients after amputation  
*Romana Petkovšek-Gregorin* 76

- Zasnova prototipa informacijskega sistema za klinično pot otročnice in novorojenca  
v zgodnjem poporodnem in neonatalnem obdobju  
Information system prototype design of the clinical pathway of mothers and  
newborns in the postpartum and postnatal period  
*Uroš Višič, Boštjan Žvanut* 85

- Oblikovanje modela medpoklicnega sodelovanja medicinskih sester na področju  
zagotavljanja farmacevtske skrbi: kvalitativna opisna raziskava  
The development of a model of interprofessional collaboration of nurses in  
pharmaceutical care: A qualitative descriptive study  
*Marko Petrovič, Benjamin Osmančević, Sabina Ličen, Igor Karnjuš, Mirko Prosen* 92

- Izkušnje zaposlenih z uporabo metode montessori pri delu s starejšimi in osebami  
z demenco v domu starejših občanov: študija primera  
Experiences of caregivers with the use of the Montessori Method in working with  
the elderly and people with dementia in a care home: A case study  
*Špela Mihevc, Tanja Križaj, Marija Petek Šter* 102

## PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

- Odnos medicinskih sester do pacienta, odvisnega od prepovedanih drog:  
integrativni pregled literature  
The attitude of nurses towards patients addicted to illicit drugs:  
An integrative literature review  
*Amal Perviz, Urban Bole, Branko Bregar* 113

