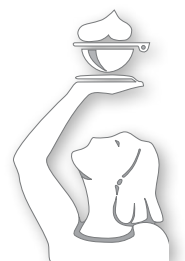


Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



48(1)
Ljubljana 2014

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE/SLOVENIAN NURSING REVIEW

ISSN 1318-2951 (tiskana izdaja/*print edition*); e-ISSN 2350-4595 (spletna izdaja/*online edition*)

UDK/UDC 614.253.5(061.1)=863=20

CODEN: OZNEF5

Ustanovitelj in izdajatelj/*Founded and published by:*

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

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

izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič/*Associate Professor Brigita Skela-Savič, PhD*

Urednica, izvršna urednica/*Editor, Executive Editor:*

pred. Andreja Mihelič Zajec/*Andreja Mihelič Zajec, Lecturer*

Urednica, spletna urednica/*Editor, Web Editor:*

doc. dr. Ema Dornik/*Assistant Professor Ema Dornik, PhD*

Uredniški odbor/*Editorial Board:*

- **viš. pred. mag. Branko Bregar**, Psihiatrična klinika Ljubljana/*University Psychiatric Hospital, (Slovenia)*
- **doc. dr. Ema Dornik**, Institut informacijskih znanosti Maribor/*Institute of Information Science, (Slovenia)*
- **doc. dr. Sonja Kalauz**, Zdravstveno veleučilišče/*University of Applied Health Studies, (Croatia)*
- **viš. pred. dr. Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta/*University of Ljubljana Faculty of Health Sciences, (Slovenia)*
- **viš. pred. mag. Mateja Lorber**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede/*University of Maribor, Faculty of Health Sciences, (Slovenia)*
- **pred. Andreja Mihelič Zajec**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta/*University of Ljubljana Faculty of Health Sciences, (Slovenia)*
- **izr. prof. dr. Fiona Murphy**, Swansea University, College of Human & Health Sciences, (*United Kingdom*)
- **izr. prof. dr. Alvisa Palese**, Udine University, School of Nursing, (*Italy*)
- **doc. dr. Melita Peršolja**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju/*University of Primorska, Faculty of Health Sciences, (Slovenia)*
- **pred. mag. Mirko Prosen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju/*University of Primorska, Faculty of Health Sciences, (Slovenia)*
- **izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič**, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice/*College of Nursing Jesenice, (Slovenia)*
- **prof. dr. Debbie Tolson**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, (*United Kingdom*)

Lektorica za slovenščino/*Reader for Slovenian:*

Tanja Svenšek

Lektorica za angleščino/*Reader for English:*

Tina Levec

Naslov uredništva/*Editorial office address:*

Ob železnici 30 A, SI-1000 Ljubljana, Slovenija

E-naslov/*E-mail:* obzornik@zbornica-zveza.si

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

Letna naročnina za tiskan izvod (2014)/*Annual subscription fee (2014):* 10 EUR za dijake, študente in upokojenjce/*for students and the retired;* 25 EUR za posameznike - fizične osebe/*for individuals;* 70 EUR za pravne osebe/*for institutions.*

Naklada/*Print run:* 1550 izvodov

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

Tiskano na brez kislinškem papirju/*Printed on acid-free paper.*

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

Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport/*The Ministry of Education, Science, Culture and Sports:* razvid medijev - zaporedna številka 862.

Izdajo sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije/*The journal is published with the financial support of Slovenian Research Agency.*

KAZALO/CONTENTS

UVODNIK/LEADING ARTICLE

- Are we aware of our responsibilities for the development of nursing?
Odgovornosti za razvoj zdravstvene nege: jih prepoznamo?
Brigita Skela - Savič 5

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- The contribution of ethnography to understanding nursing work: a comparative review of three nursing ethnographies
Prispevek etnografije k boljšemu razumevanju dela medicinskih sester: primerjalna ocena treh etnografij v zdravstveni negi
Fiona Murphy, Pauline Griffiths, Joy Merrell 12

- Health behaviour of adolescents in Slovenia: major results from 2010 and trends from 2002 to 2010
Z zdravjem povezana vedenja med mladostniki v Sloveniji: glavni rezultati iz leta 2010 in trendi od 2002 do 2010
Helena Jeriček Klanšček, Helena Koprivnikar, Maja Zorko, Tina Zupanič 21

- Komunikacija na delovnem mestu in njen vpliv na zdravje zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu
The influence of the workplace communication on the health of employees in public health institutions
Anita Štih, Marko Ferjan 30

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Aplikacija adaptacijskega modela Calliste Roy pri pacientu z rakom in s kronično bolečino
Application of Roy's adaptation model in cancer patient with chronic pain
Majda Čaušević, Jožica Ramšak Pajk 40

STROKOVNI ČLANEK/PROFESSIONAL ARTICLE

- Stališča izvajalcev nujne medicinske pomoči o uporabnosti triažnega kartona
Emergency medical care providers' opinions about triage tag usability
Tilen Sedej, Andrej Fink 50

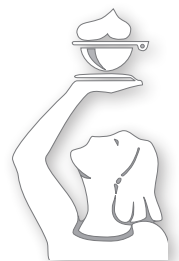
- Uporaba hipodermoklize pri zdravstveni obravnavi uporabnikov institucionalnega varstva starejših
Use of hypodermoclysis in the treatment of elderly people in institutional care
Klavdija Kobal Straus 58

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 2014 Letnik 48 Številka 1
Ljubljana 2014 Volume 48 Number 1

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

PREDSTAVITEV, NAMEN IN CILJI

Obzornik zdravstvene nege (Ozor Zdrav Neg) objavlja izvirne znanstvene, pregledne znanstvene in strokovne članke in novice na področju zdravstvene nege, babiške nege in interdisciplinarnih področij zdravstvenih in družbenih ved. Revija objavlja članke, ki v svojih znanstvenih, teoretičnih in filozofskih izhodiščih obravnavajo razvojne paradigme omenjenih področij kot eksperimentalne in neeksperimentalne raziskave, kvalitativne raziskave in pregled literature. Članki obravnavajo zdravstveno nego in druge zdravstvene vede kot znanstveno in strokovno disciplino ter vključujejo ključne dimenzije razvoja stroke kot so teoretični koncepti, modeli, etika in filozofija, klinično delo, krepitev zdravja, razvoj prakse in zahtevnejših oblik dela, izobraževanje, raziskovanje, menedžment, kakovost in varnost, zdravstvena politika idr.

Revija pomembno prispeva k profesionalnemu razvoju zdravstvene nege in babištva ter drugih zdravstvenih ved v Sloveniji, državah Balkana ter državah širše centralne in vzhodno evropske regije, ki jih povezujejo skupne značilnosti razvoja zdravstvene 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), COBIB.SI (Vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov), Biomedicina Slovenica, dLib.si (Digitalna knjižnica Slovenije).

SLOVENIAN NURSING REVIEW

INTRODUCTION, PURPOSE AND OBJECTIVES

Published in the Slovenian Nursing Review (Slov Nurs Rev) are the original and review scientific and professional articles and the news on current events in the field of nursing, midwifery and other interdisciplinary health and social sciences. The articles 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. The articles consider nursing and other health sciences as scientific and professional disciplines and include the key dimensions of their development 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, management, quality and safety, health policy and others.

The articles published in the Slovenian Nursing Review, which are interdisciplinary oriented, significantly contribute towards the professional development of nursing, midwifery and other health professions in Slovenia, the Balkans, and the countries of the Central and Eastern Europe which share common characteristics of nursing development of post-socialist countries.

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

The history of the magazine clearly demonstrates its impact on the development of nursing and midwifery in the Balcan 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 being published by the Central Institute of Hygiene in Ljubljana, in the years 1954 to 1961.

The Slovenian Nursing Review is indexed and abstracted in CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, COBIB.SI (Slovenian union bibliographic/catalogue database), Biomedicina Slovenica, dLib.si (The Digital Library of Slovenia).

Leading article/Uvodnik

Are we aware of our responsibilities for the development of nursing? Odgovornosti za razvoj zdravstvene nege: jih prepoznamo?

Brigita Skela - Savič

Facts, expectations and new developments

Today, nursing must reflect its achievements and clearly identify new strategic approaches that are not limited to the historical development of nursing, but responsive to the current health status of society, and the expectations and opportunities for the profession to develop in the next decades. Nursing is expected to assume responsibility for new nursing tasks, which should be introduced via professional associations, senior management at health centres and research institutions; many studies support this. In Slovenia, higher education along the vertical axis is available up to the second Bologna level. Our task is to position different nursing care training and education levels appropriately in a competence model of an evidence-based comprehensive approach to the individual, the family and community (Skela Savič, 2013).

Low and others (2012) highlight that much is expected from nursing care today, as health-care services should deliver high quality with controlled costs. Pressure stems from progress in medical technology and population ageing, while the role of employees in terms of their skills and contribution to work results is increasingly important, so delivering cost-effective nursing care in accordance with the guidelines and standards is a global challenge. The US Institute of Medicine has drawn attention to the fact that, in order to be more efficient and provide high-quality care, nurses should be very well trained.

The institute's recommendations are clear: the number of nurses who have achieved training at university level must be increased (The future of nursing, 2011). What should be understood by 'university level'? Such training is conceived at an academic level which promotes excellent knowledge, skills and understanding of professional concepts, as well as training and awareness of the significance

of monitoring one's own work, and professional development relying on one's own research and the research of others. Thus understanding the concept of evidence-based work becomes an element in professional values and the profession's development paradigm.

The Institute of Medicine recommends that nurses with no university training should have the opportunity to obtain it, and sets the objective of 80 per cent of nurses having university-level education by 2020 (The future of nursing, 2011). Given that this recommendation comes from a medical institute, and applying it to our situation, we wonder when can we expect associations of physicians to support this type of education for nurses in Slovenia? Why has this not happened and why do politicians, managers in health-care and higher education, and the national association fail to attribute internationally comparable significance to the level of qualifications achieved by nurses? There are several answers: one is the low critical mass of trained nurses with access to research funding to conduct nationally significant studies which would present the significance of training and education in delivering nursing care in our health system. In addition, there is no critical mass of nurses able to follow significant scientific and professional journals and translate findings into practice. There is also a wide gap between higher education institutions and the clinical environment in terms of transferring knowledge about research, publications and evidence-based work. The fact that the culture of performance quality and monitoring one's own performance is only evolving is also important, and that patients' demands and lawsuits due to medical errors are not as common as in the USA. Therefore, physicians and nurses in Slovenia have not succeeded in joining forces to fight for appropriate working conditions in patient care which they provide as a team.

In Slovenia, we must face more complicated

izr. prof. dr. Brigita Skela - Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org./Associate prof. Brigita Skela - Savič, PhD, MSc (org.), BSc (org.), RN; Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice/College of Nursing Jesenice, Spodnj Plavž 3, 4270 Jesenice
Correspondence e-mail/Kontaktni e-naslov: bskelasavic@vszn-je.si

Received/Prejeto: 23. 2. 2014

Accepted/Sprejeto: 1. 3. 2014

formats for delivering nursing care which are defined as achieving high levels of clinical skills and competences, autonomous clinical decision-making, assessing performance and implemented activities, research work and leadership (Griffiths, et al., 2010). Health-care policy in Slovenia must recognise that the study of nursing at the second Bologna level should be promoted in clinical environments, while paying attention to quality and quantity, as the review of international literature of several countries clearly shows that the need for training at the second and third levels is greater than existing training capacities would permit (Skela Savič, 2012).

Nursing care must be strategically oriented

In addition to drawing up the existing National Strategy of Nursing Care Development in Slovenia (Kadivec, et al., 2013), which was prepared on the initiative of the Ministry of Health, we should also ask how successful we are in implementing the strategy. In this respect, we can refer to the international document '*Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015*' (World Health Organization, 2010), which stresses the decisive contribution of nurses and midwives to health care outcomes for individuals, families and communities. The international recommendations are clear: nursing care experts should be involved at all levels of nursing care policy, in the development of nursing programmes and decision-making regarding the health-care system in the future. Planning for the development of nursing care in the health-care system should include representatives of the government, civil society, health institutes, education institutes and professional associations. Approved decisions must take into account local needs, the current situation of the health-care system, and delivery and training possibilities. The focus should be on regulatory mechanisms in the profession, standardisation, developing research within nursing care and more widely in order to identify gaps between the existing situation and needs. Training programmes at all levels of education should be based on the continuous evaluation of individuals' work and working in the profession, and research findings. Through standards of work, management should ensure working conditions that meet public expectations. Operating strategies should be based on evidence, while the technical support for delivering nursing care, a sufficient number of staff, mobility and sharing knowledge and experience between departments and health institutions is also important. There is a need to establish multi-professional cooperation at all levels: within health-care institutions, between such institutions, with the government, between professional associations, etc.

From strengthening professionalism to research in nursing care

On the basis of research, Johnson, et al. (2012) believe that the professional identity of nurses develops through their lifestyle before inclusion in training, during their years of studies, clinical experience and in the course of their careers. The training period is critical, as they acquire knowledge and skills as professionals. Watkinson (2011) summarises that professionalisation can only be achieved through formal education, which should include knowledge gained through systematic research, and include professional judgement by developing critical thinking and evidence-based decision-making. These are significant elements that increase nurses' autonomy. Developing these attributes through the education system will provide nurses with support for championing the profession. While an undergraduate degree is now proposed as the starting point for a job, Watkinson (2011) argues that masters' education is a strategy for achieving professionalism. Knowledge and skills acquired during masters' studies, including finding literature, critical analysis of conducted and published research, the use and application of studies in practice and conducting studies improve personal confidence, cognitive functioning and evidence-based practice, which increases professionalism.

Nursing is often perceived as a subordinate occupation, which is an unnecessary obstacle to development and in addition to the need to provide constant evidence that it is an independent profession. Nursing should adapt to new social requirements, including caring for the chronically ill, palliative care, promoting health, etc, which requires a scientific approach. In addition, nursing involves fundamental tasks of providing care and assistance to patients and relatives. The profession thus hovers between providing fundamental care, which used to be delivered by less-trained nurses and nursing as an applied science that is provided, or should be provided, by academically trained nurses (Horton, et al., 2007).

Science is depends considerably on research. McCance and others (2007) studied how to include research in nursing. Research was defined as a crucial element in the advancement of nursing, which requires the establishment of conditions for leading, providing and applying results. He defined three crucial aspects in developing research:

- the importance of strong and visible leadership;
- developing research expertise that enables the profession to deliver programmes of research and
- increasing the capacity of individuals and organisations to engage in development activity.

To realise these three aspects, the following priorities are significant: a clear development vision; strong and visible leadership, which implements the vision; integrating research and development in clinical practice and improving strategic leadership at lower levels.

An overview of international studies and expertise on the study of nursing at doctoral level by Skela Savič (2012) highlights the poor success of nursing researchers in acquiring research funds, stresses the significance of clinical and research competences of PhD students, draws attention to the significance of PhD study performance indicators and poor recognition of the significance of research on nursing and more broadly, and maturity/late decision to undertake PhD studies in terms of students' age. Researchers are critical to the selected research topics of nursing PhD students, which are not sufficiently clinical in orientation. All this should serve as a guideline when preparing PhD studies in nursing in Slovenia.

How to proceed?

The advancement of nursing today and in the future must rely on knowledge and informed professionals; following research; the ability to perform in front of the professional and general public to promote the advancement of the profession; own research work and participation in international studies; international liaising with known stakeholders, and opinion makers in the European Union; and above all, a definition of one's own work and critical evaluation of the capacities of the profession and allocation of existing resources. This requires a great deal of innovation, following the latest professional knowledge, networking and communicating with the public on the significance of nursing for society. Trained and charismatic individuals who will work in the interests of development and know how to present the significance of nursing for society, and communicate with the expert and wider public, and politics must be identified. Nursing should be transparent in terms of self-regulation, and operate and be presented as a profession which is based on evidence (research, guidelines, standards, best practice in a given moment, active role of patients in nursing care, etc.).

Management should require and enable the reflection of professional work, logical thinking, the collecting of information on comparable professional issues in professional and scientific publications, clearly define professional problems and establish links with research environments in order to enable their resolution. Providing initiative is essential in order to critically discuss professional issues, which should be followed by assuming responsibility for resolving professional problems. In order to achieve this, the profession needs a national research centre, while the establishment of research and development departments should be promoted by management (Skela Savič, 2013).

Today, nursing should be presented as a profession and a science which evolves independently, researches approaches to patients that will affect their health, and autonomously responds to and provides nursing care to individuals, families, groups and communities.

Nursing should accept lower-trained colleagues in order to provide comprehensive care to patients, while it should be able to respond to problems related to it with a scientific approach through scientific and research work. Research should be realistic and focus on clinical issues.

Nursing should finally have the courage, as the evidence has been presented several times, to name professions in the field after itself, not the profession in which it works as a team (i.e. medicine). It is time for nursing graduates to be awarded appropriate titles as bachelors of nursing. International recommendations and guidelines for the titles of qualifications along the entire vertical axis of education are clear (International Council of Nurses, 2008). Unfortunately, in Slovenia we nostalgically cling to the title of 'medical nurse', who is trained in nursing schools and programmes and provides nursing care, not medical care. This is not essential for the status of nursing, but provides an opportunity to discuss the history of nursing in Slovenia, its professional identity and self-image, and our ability to respond to the changes that are needed.

How can the Slovenian nursing review contribute to the advancement of nursing?

The review's contribution to the advancement of nursing is reflected in its development ambition. From 2014, the journal is fully freely accessible. We are convinced that this will increase readership and contribute to disseminating knowledge within the profession and beyond. Beginning in 2014 the journal will undergo a two-year assessment to acquire an impact factor. Therefore, we have increased the number of reviews to three, expanded the board of editors to include international members, prepared new layout and amended publication guidelines in accordance with the assessment criteria. However, the authors of articles have the greatest influence on the external evaluation, as only high-quality articles can lead to new findings useful for professional work or present new findings that are used for further research. An article's quality is proven by the number of citations and summaries of the findings presented in the Slovenian Nursing Review in other journals.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Dejstva, pričakovanja in nova znanja

Danes je v zdravstveni negi potrebna refleksija na doseženo in jasno prepoznavanje novih strateških prijemov, ki ne bodo omejeni z zgodovinskim razvojem zdravstvene nege, temveč bodo odgovor na zdravstveno stanje v družbi danes in pričakovanja ter priložnosti za razvoj stroke v naslednjih desetletjih. Od zdravstvene

nege se pričakuje prevzemanje odgovornosti za nove vloge v zdravstveni obravnavi, pot do tega vodi prek profesionalnih združenj, vrhnjega menedžmenta zdravstvenih zavodov in izobraževalnih institucij. Raziskav, ki to dokazujejo, je veliko. V Sloveniji poteka vertikalno izobraževanje na visokošolski ravni do druge bolonjske stopnje. Naša naloga je, da ustrezno umestimo različne ravni izobraževanja v zdravstveni negi v kompetenčni model celostnega pristopa do posameznika, družine in skupnosti, ki bo podprt z dokazi (Skela Savič, 2013).

Lowe s sodelavci (2012) izpostavlja, da se danes od zdravstvene nege pričakuje veliko, saj mora biti zdravstvena obravnava kakovostna, stroški kontrolirani, opazen je pritisk medicinske tehnologije, staranja populacije, vse pomembnejša je vloga zaposlenih z vidika znanj in doprinosu k rezultatom dela, globalni izziv je izvajati zdravstveno obravnavo, ki bo skladna s smernicami in standardi, zmožljiva in stroškovno učinkovita. Ameriški inštitut za medicino (Institute of Medicine) opozori, da morajo biti medicinske sestre za doseganje večje učinkovitosti in zagotavljanje visoke kakovosti pri zdravstveni negi pacienta zelo dobro izobražene. Priporočila inštituta so jasna, za vstop v poklicno delo je treba povečati število medicinskih sester, ki so izobražene na univerzitetni ravni (The future of nursing, 2011). Kako razumeti univerzitetni študij? Tak študij je zasnovan na znanstveni ravni, kar omogoča odlično znanje, sposobnosti in razumevanje koncepta stroke in na drugi strani usposobljenost in zavedanje o pomenu spremljanja lastnega dela, razvijanja stroke na osnovi lastnih raziskav in raziskav drugih. Razumevanje koncepta na dokazih podprtega dela postane del profesionalnih vrednot in razvojna paradigma stroke.

Priporočilo ameriškega inštituta za medicino je, da je treba medicinskim sestram, ki še nimajo univerzitetne izobrazbe, le-to omogočiti in da je do leta 2020 treba doseči, da bo imelo 80 % medicinskih sester univerzitetno izobrazbo (The future of nursing, 2011). Če pomislimo, da gre za priporočilo medicinskega inštituta, in če ga prenesemo v našo prakso, se sprašujemo, kdaj lahko v Sloveniji pričakujemo, da bodo zdravniška združenja na ta način podprla izobraževanje medicinskih sester v Sloveniji? Zakaj se to pri nas ne zgodi in zakaj politika, menedžment zdravstvenih in visokošolskih zavodov ter nacionalno združenje stopnji izobrazbe medicinskih sester in kakovosti izobraževanja v zdravstveni negi ne pripisujejo mednarodno primerljive pomembnosti? Odgovorov je več, zagotovo so vzroki v majhni kritični masi izobraženih medicinskih sester, ki bi imele dostop do raziskovalnih sredstev za izvajanje nacionalno pomembnih raziskav, s katerimi bi pokazale na pomen znanj in izobrazbe pri zdravstveni obravnavi pacientov v našem zdravstvenem sistemu. Prav tako med medicinskimi sestrami ni kritične mase tistih, ki bi sledile pomembnim znanstvenim

in strokovnim revijam in bi spoznanja prenašale v prakso. Zelo močan je tudi prepad med visokošolskimi zavodi in kliničnim okoljem z vidika prenosa znanj o raziskovanju, publiciranju in na dokazih podprtem delu. Pomembno je tudi dejstvo, da se kultura kakovosti dela in spremljanje lastnega dela šele razvija in zahteve pacientov ter pogostost tožb zaradi napak v zdravstvu v Sloveniji niso tako pogoste kot v Združenih državah Amerike. Zdravniki in medicinske sestre v Sloveniji še niso uspeli stopiti skupaj in se boriti za ustrezne delovne pogoje pri zdravstveni obravnavi pacientov, ki jo izvajajo skupaj, v timu.

V Sloveniji se moramo soočiti z zahtevnejšimi oblikami dela v zdravstveni negi, ki so opisane kot doseganje visoke ravni kliničnih veščin in kompetenc, avtonomno klinično odločanje, vrednotenje dela in izvedenih aktivnosti, raziskovalno delo in vodenje (Griffiths, et al., 2010). Zdravstvena politika v Sloveniji mora prepoznati, da je treba v kliničnih okoljih spodbujati študij zdravstvene nege na drugi bolonjski stopnji. Ob tem je treba paziti na količino in kakovost, saj mednarodni pregled literature več držav jasno pokaže, da so potrebe po izobraževanju na drugi in tretji stopnji večje, kot so zmožnosti izobraževanja (Skela Savič, 2012).

Potrebna je strateška usmerjenost zdravstvene nege

Poleg tega, da je izdelana Nacionalna strategija razvoja zdravstvene nege v Sloveniji (Kadivec, et al., 2013), katere pobudnik je bilo Ministrstvo za zdravje, si moramo odgovoriti na vprašanje, kako uspešni smo pri uresničevanju strategije. Kot pomoč pri tem nam lahko služi mednarodni dokument »*Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015*« (World Health Organization, 2010), kjer je poudarjen odločilen doprinos medicinskih sester in babic za izboljšanje izidov zdravstvene obravnave na ravni posameznikov, družin in skupnosti. Mednarodna priporočila so jasna. Potrebno je aktivno vključevanje strokovnjakov zdravstvene nege na vse ravni zdravstvene politike, v razvijanje zdravstvenih programov in v odločanje o zdravstvenem sistemu prihodnosti. V načrtovanje razvoja zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva morajo biti vključeni predstavniki vlade, civilne družbe, zdravstvenih zavodov, izobraževalnih zavodov in profesionalnih združenj. Sprejete odločitve morajo upoštevati lokalno raven potreb, trenutni položaj zdravstvenega sistema, zmožnosti izvedbe in zmožnosti izobraževanja. Osredotočiti se je treba na regulacijske mehanizme v stroki, standardizacijo študijskih programov, razvoj raziskovanja znotraj zdravstvene nege in širše za odkrivanje prepadov med dejanskim stanjem in potrebami. Izobraževalni programi na vseh ravneh izobraževanja morajo temeljiti na stalnem spremljanju, vrednotenju

lastnega dela in dela v stroki ter spoznanjih raziskav. Menedžment mora zagotoviti pogoje za delo, preko standardov dela, ki so skladni s pričakovanji javnosti. Strategije delovanja morajo biti na dokazih podprte, pomembna je tehnična podpora procesov izvajanja zdravstvene nege, zadostno število kadra, mobilnost in prehajanje znanj ter izkušenj med oddelki in zdravstvenimi zavodi. Vzpostaviti je treba multiprofesionalno sodelovanje na vseh ravneh: znotraj zdravstvenega zavoda, med zdravstvenimi zavodi, z vlado, med profesionalnimi združenji ipd.

Od krepitve profesionalizma do raziskovanja v zdravstveni negi

Johnson in drugi (2012) na osnovi izvedene raziskave menijo, da se profesionalna identiteta medicinskih sester razvije skozi življenjski stil pred vključitvijo v izobraževanje, skozi leta študija, kliničnih izkušenj in potek njihove kariere. Izobraževanje je ključno obdobje, saj takrat pridobijo znanja in veščine kot strokovnjaki v stroki. Watkinson (2011) povzema, da je profesionalizacija lahko dosežena samo s formalnim izobraževanjem, ki mora vključevati znanje, pridobljeno s sistematičnim raziskovanjem, in vključuje strokovno presojo skozi razvoj kritičnega razmišljanja in odločanje na osnovi dokazov. To so pomembne značilnosti, ki povečujejo avtonomijo. Razvoj teh atributov skozi izobraževalni proces bo dal medicinskim sestram podporo za prepoznavanje profesije. Če se danes univerzitetno izobraževanje predlaga kot vstop v poklic, pa Watkinson (2011) pravi, da je izobraževanje na ravni magistrerja strategija za doseganje profesionalizma. Znanja in sposobnosti, pridobljene na magistrskem študiju, kot so iskanje literature, kritična analiza že izvedenih in objavljenih raziskav, uporaba in aplikacija raziskav v praksi ter izvajanje raziskav, povečajo osebno samozaupanje, spoznavno funkcioniranje in dojemanje delovanja na osnovi dokazov, kar poveča profesionalizem.

Zdravstvena nega se velikokrat dojema kot podrejena profesija, kar povzroča nepotrebne zastoje v razvoju in nenehno dokazovanje, da je to samostojna profesija. Zdravstvena nega (op. nursing v angleščini) se mora prilagajati novim zahtevam v družbi, kot so obravnava kronično bolnih, paliativna oskrba, promocija zdravja, idr., za kar je potreben znanstveni pristop. Poleg tega zdravstvena nega vključuje temeljne naloge negovanja in pomoči pacientom in svojem. Profesija se tako nahaja med izvajanjem »nege in skrbi« (op. fundamental care v angleščini), ki so jo zgodovinsko izvajale manj izobražene medicinske sestre, in »negovanjem« (nursing) kot znanostjo, ki jo izvajajo/ali bi jo morale izvajati akademsko izobražene medicinske sestre (Horton, et al., 2007).

Znanost je v tesni povezanosti z raziskovanjem. McCance s sodelavci (2007) je raziskovala strategijo umeščanja raziskovanja v zdravstveno nego. Raziskovanje

opredeli kot ključni element razvoja zdravstvene nege, za katerega je treba vzpostaviti pogoje za vodenje, izvajanje in uporabo rezultatov. Opredeli tri ključna področja za razvoj raziskovanja:

- pomembno je močno in vidno voditeljstvo zdravstvene nege;
- pripraviti strokovne ekspertize s problemi v strokovnem delu, ki bodo osnova za oblikovanje raziskovalnih programov in
- povečanje sposobnosti posameznika in organizacije za prevzemanje aktivnosti na področju razvoja zdravstvene nege.

Za uresničevanje navedenih ključnih področij se izkažejo kot pomembni: jasna vizija razvoja, močno in vidno voditeljstvo vodstva, ki uresničuje vizijo, integracija raziskovanja in razvoja v neposrednem kliničnem delu, povečanje strateškega vodenja na nižjih ravneh.

Pregled mednarodnih raziskav in ekspertnih mnenj o doktorskem študiju v zdravstveni negi avtorice Skela Savič (2012) opozori na slabe dosežke raziskovalcev v zdravstveni negi pri pridobivanju raziskovalnih sredstev, poudari pomen kliničnih in raziskovalnih kompetenc doktorantov, opozori na pomen kazalnikov kakovosti doktorskega študija in na slabo prepoznavnost pomena raziskovanja v zdravstveni negi in širše ter pozno odločanje za doktorski študij z vidika starosti študentov. Raziskovalci so kritični do izbranih raziskovalnih tem doktorjev zdravstvene nege, ki so premalo klinične. Vse to nas mora voditi, ko bomo v Sloveniji oblikovali doktorski študij v zdravstveni negi.

Kako naprej?

Za razvoj zdravstvene nege danes in v prihodnosti je potrebno znanje, obveščenost, sledenje raziskavam, sposobnost nastopanja v strokovni in laični javnosti za korist razvoja profesije, lastno raziskovalno delo in vključevanje v mednarodne raziskave, mednarodno povezovanje s prepoznanimi akterji, oblikovalci stališč v Evropski uniji, predvsem pa je potrebna definicija lastnega dela in kritična ocena o možnostih, ki jih profesija ima ter alokacija obstoječih resursov. Potrebna je velika mera inovativnosti, sledenja najnovejšim spoznanjem v stroki, mreženje in komuniciranje z javnostjo o pomenu zdravstvene nege v družbi. Prepoznati je treba usposobljene in karizmatične posameznike, ki bodo delovali v interesu razvoja in bodo znali predstavljati pomen zdravstvene nege za družbo in le-to komunicirati s strokovno javnostjo, širšo družbo in politiko. Zdravstvena nega mora biti transparentna pri samoregulaciji, deluje in predstavlja naj se kot stroka, katere osnova za delovanje so dokazi (raziskave, smernice, standardi, najboljša praksa v danem trenutku, aktivna vloga pacientov v zdravstveni obravnavi ipd.).

Management mora zahtevati in omogočati refleksijo na strokovno delo, logično razmišljanje, zbiranje informacij o primerljivih strokovnih problemih v strokovnih in znanstvenih publikacijah in jasno definirati strokovne probleme ter se povezati z raziskovalnimi okolji za razreševanje le-teh. Ključnega pomena je inicializacija, da se o strokovnih problemih kritično razpravlja, čemur sledi prevzemanje odgovornosti za reševanje strokovnih problemov. Da bo to področje zaživelo, potrebuje stroka nacionalni raziskovalni center, na ravni managementa je treba pristopiti k oblikovanju oddelkov za raziskovanje in razvoj (Skela Savič, 2013).

Danes je zdravstveno nego treba predstavljati kot stroko in znanost, ki se samostojno razvija, raziskuje pristope k pacientom, ki bodo imeli vpliv na njihovo zdravje, avtonomno odgovarja in je nosilka zdravstvene nege posameznika, družine, skupine in skupnosti. Zdravstvena nega mora iskreno razviti držo, da sprejema sodelavce v zdravstveni negi, ki so nižje izobraženi, v skrbi za celostno obravnavo pacienta. Z znanstveno raziskovalnim delom pa si mora izboriti status, da na probleme na svojem področju delovanja odgovarja z znanstvenim pristopom. Raziskovanje mora biti realistično, usmerjeno v klinične probleme.

Zdravstvena nega naj končno zbere pogum, dokazi so bili predstavljeni že večkrat, in poklice, ki delujejo v tej stroki, poimenuje po njej, in ne po stroki, s katero sodeluje v timu (beri medicina). Čas je, da iz zdravstvene nege diplomirajo diplomirane zdravstvenice in zdravstveniki. Mednarodna priporočila in usmeritve na področju poimenovanja poklicev so namreč jasna za celotno vertikalno izobraževanja (International Council of Nurses, 2008). Žal se v Sloveniji nostalgичno oklepamo »medicinske sestre«, ki se izobražuje na zdravstvenih šolah na programih zdravstvene nege in izvaja zdravstveno, in ne medicinsko nego. Seveda to ni nujno za status zdravstvene nege, daje pa veliko priložnost za pogovor o zgodovini razvoja zdravstvene nege v Sloveniji, profesionalni identiteti, samopodobi in kaže na naše sposobnosti odzivati se na potrebne spremembe.

Kaj lahko pri razvoju zdravstvene nege prispeva *Obzornik zdravstvene nege*?

Prispevek revije za razvoj zdravstvene nege se kaže v njenih razvojnih ambicijah. *Obzornik zdravstvene nege* je od leta 2014 v celoti prosto dostopna revija. Prepričani smo, da bo to pripomoglo k večjemu branju in širitvi znanj znotraj stroke in izven nje. Ker bo revija od 2014 na dveletni presoji za pridobitev faktorja vpliva, smo povečali število recenzij na tri, razširili uredniški odbor z mednarodnimi člani, pripravili novo postavitev člankov in dopolnili navodila za objavo, ki so skladna s kriteriji ocenjevanja. Največjo težo pri zunanji evalvaciji revije imate avtorji člankov, saj le kakovostni članki doprinejajo nova spoznanja, ki so koristna za strokovno delo ali predstavljajo pomembna spoznanja, ki se uporabljajo v nadaljnjem

raziskovanju. Dokaz za kakovost članka je citiranje in povzemanje spoznanj raziskovalcev, ki so objavili v *Obzorniku zdravstvene nege*, v drugih revijah.

Literatura

Griffiths, S., Middlemiss, C., Oliver, W., Price, C., Jenkins, A., Hillier, A. et al., 2010. *Framework for advanced nursing, midwifery and allied health professional practice in Wales*. Llanharan: National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. Available at: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/829/NLIAH%20Advanced%20Practice%20Framework.pdf> [1. 3. 2013].

Horton, K., Tschudin, V. & Forget, A., 2007. The value of nursing: a literature review. *Nursing Ethics*, 14(6), pp. 716–740. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733007082112> PMID:17901183

International Council of Nurses, 2008. *ICN Nursing Care Continuum and Competencies*. Geneva: International Council of Nurses.

Johnson, M., Cowin, L.S., Wilson, I. & Young, H., 2012. Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59(4), pp. 562–569. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01013.x> PMID:23134142

Kadivec, S., Skela Savič, B., Kramar, Z., Zavrl Džananović, D. ®ar, B., 2013. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020: povzetek. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp. 97–112.

Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A. P. & Boyd, L., 2012. Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), pp. 677–685. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x> PMID:21790738

McCance, T.V., Fitzsimons, D., Keeney, S., Hasson, F. & McKenna, H.P., 2007. Capacity building in nursing and midwifery research and development: an old priority with a new perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), pp. 57–67. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04280.x> PMID:17559611

Skela Savič, B., 2012. Doktorski študij zdravstvene nege v Sloveniji: pričakovanja in realnost? In: Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S., Skinder Savič, K. & Zurc, J. eds. *Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje – prispevek k zdravju posameznika in družbe: zbornik predavanj z recenzijo. 5. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, 7. in 8. junij 2012*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 67–76.

Skela Savič, B., 2013. Smeri razvoja zdravstvene nege v prihodnosti. In: Kvas, A., Đurđa, S., Požun, P., Lokajner, G., Kobentar, R., & Hajdarević, S. et al. eds. *Približajmo zdravstveno okolje pacientu : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 89–102.

The future of nursing: leading change, advancing health, 2011. Atlanta: Institute of Medicine; The National Academies Press.

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

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

World Health Organization, 2010. *Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015*. Geneva: World Health Organization.

Cite as/Citirajte kot:

Skela - Savič, B., 2014. Are we aware of our responsibilities for developing nursing care? *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1). pp. 5–11.
<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.12>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

The contribution of ethnography to understanding nursing work: a comparative review of three nursing ethnographies

Prispevek etnografije k boljšemu razumevanju dela medicinskih sester: primerjalna ocena treh etnografij v zdravstveni negi

Fiona Murphy, Pauline Griffiths, Joy Merrell

Key words: participant observation; research methods; intensive care; gynaecology; medical admissions

Ključne besede: opazovanje z udeležbo; raziskovalne metode; intenzivna nega; ginekologija; nujni sprejem bolnika

Fiona Murphy, PhD, MSc (Nursing), BN, RGN, NDN, RCNT, PGCE(FE), Associate Professor, College of Human & Health Sciences, Swansea University, United Kingdom and Associate Professor of the College of Nursing Jesenice, Slovenia

Correspondence e-mail/
Kontaktirni e-naslov:
f.murphy@swansea.ac.uk

Pauline Griffiths, PhD, MSc (Nursing), RN, PGCE, Postgraduate Diploma in Health Care Law, Associate Professor, College of Human & Health Sciences, Swansea University, United Kingdom

Joy Merrell, PhD, MSc (Nursing), BSc (Hons) Nursing, RGN, RHV, RNT, HV Tut Cert, Professor, College of Human & Health Sciences, Swansea University, United Kingdom and Associate Professor of the College of Nursing Jesenice, Slovenia

ABSTRACT

Introduction: This methods paper examines ways in which ethnography and in particular the ethnographic method of participant observation, informs understanding of the reality of nursing work.

Methods: The relevance of ethnography for nursing practice is illustrated through three ethnographic studies of nursing work, all of which involved participant observation for periods of over twelve months. These studies were conducted in three different hospital settings in Wales, United Kingdom; an intensive therapy unit, a gynaecological unit and a medical admissions unit. Definitions of ethnography are considered along with an account of three key ethnographic methods; participant observation, interviews and documentary analysis.

Results: Two key themes which were apparent in all three of these ethnographies will be presented to demonstrate the contribution of ethnography in understanding nursing practice. These themes are; the embodied nature of nursing work and duality and tension in nursing work.

Discussion and conclusion: It will be argued that ethnography as a research approach enables nursing practice to be understood as it is actually experienced in the uncertain, disruptive and often resource limited context of contemporary healthcare.

IZVLEČEK

Uvod: Prispevek o raziskovalnih metodah predstavlja vlogo etnografije in še posebej etnografski proces opazovanja, odkrivanja in razumevanja področja zdravstvene nege z udeležbo opazovalcev.

Metode: Avtorice utemeljujejo pomen etnografije za delo medicinskih sester z izsledki treh etnografskih empiričnih raziskav z udeležbo opazovalcev. Raziskave so potekale eno leto v treh različnih bolnišničnih okoljih v Walesu (Združeno kraljestvo) – na oddelku za intenzivno nego, na ginekološkem in sprejemnem oddelku. Raziskava sledi principom etnografske metode kvalitativnega raziskovanja, kjer je ključnega pomena opazovanje kulturnih obeležij z udeležbo, izvajanje intervjujev in analiza dnevnih zapisov, kar omogoča poglobljeno razumevanje ljudi in vpogled v družbeni in organizacijski kontekst.

Rezultati: Rezultati raziskave opozarjajo, da lahko etnografija pripomore k boljšemu razumevanju vsakodnevnega dela medicinskih sester, predvsem zaradi narave dela ter dvojnosti in nasprotij, ki sta ključni značilnosti zdravstvene nege.

Diskusija in zaključek: Uvajanje etnografskih metod raziskovanja se utemeljuje z novim razumevanjem zdravstvene nege v praksi, ki se odvija v negotovem, nepredvidljivem okolju zdravstvene oskrbe, ki ga pogosto zaznamuje tudi pomanjkanje ustreznih kadrovskih in finančnih virov.

Received/Prejeto: 11. 8. 2013

Accepted/Sprejeto: 12. 1. 2014

Introduction

Although there is much debate as to a definition; ethnography as a research approach can be described as the direct description of a group, culture or community (Holloway & Wheeler, 2010, p. 153). It sits within the qualitative end of the research continuum and has its roots in anthropology. The ethnographer studies the culture, community or group in depth through observing and directly participating in their activities with a view to understanding what meanings people attach to what they do and say. The goal of ethnography is to offer a description or 'a sociological synthesis' (Malinowski, 1922, p. 81) to identify, interpret and understand the culture and context under study.

In this paper it will be argued that from a nursing research perspective, ethnography as a research approach has a valuable contribution to make in understanding nurses, nursing care and the culture of care settings. Insights generated from ethnographic research are crucial in order to make changes to improve patient care. Ethnography has made a significant contribution to nursing research in the later years of the last century, for example, Wolf, (1988); Smith, (1992); Street, (1992); Porter, (1995); Savage, (1995). However, a search of the following databases: CINAHL; ASSIA; Pubmed and British Nursing Index for research based articles published over the last decade, (terms ethnograph*/nurs*/research method) indicates that this approach is becoming less prominent in more recent nursing research. Although this preliminary search elicited many articles described as 'ethnography', closer examination revealed that few, although there were clearly exceptions, had used participant observation, arguably ethnography's defining feature (Delamont, 2007). In this methods paper, three recent and different ethnographies of nursing work in United Kingdom (UK) hospitals will be drawn on to demonstrate the contribution of an ethnographic research approach to understanding nursing practice. The first ethnography (Philpin, 2007) is of the social world of nurses working in an Intensive Therapy Unit (ITU). The second ethnography (Murphy & Merrell, 2009) explored the management and care of women having an early miscarriage in a hospital gynaecological unit. The final ethnography (Griffiths, 2011) explored nurses' roles in an acute medical admissions unit (MAU). All three studies were authored by nurses, examined nursing work and used broadly similar approaches to the ethnographic method. These three studies were part of a programme of linked PhD studies within one United Kingdom Higher Education Institution, two of which were supervised by the same supervisor. The programme was focused on examining nursing work using an ethnographic approach influenced by the British ethnographers Martin Hammersley and

Paul Atkinson (Hammersley & Atkinson, 2007). The underlying research aims, methodology and methods of the three studies thus were similar in nature. All incorporated a prolonged period of participant observation, interviews with key informants and analysis of documentary evidence in the setting. The analysis of these three ethnographies of nursing work called attention to the way in which participant observation and prolonged immersion in the practice setting is uniquely placed to uncover aspects of the nature of nursing practice and how culture and context shapes that practice. A case is presented for the contribution of ethnography as a research approach to understand nursing work, through drawing on selected findings of these three nursing ethnographies. The paper begins with defining ethnography and a general overview of ethnographic research methods including an account of the methods used in the three studies. A comparison of the findings of the three studies identified some common themes and these are drawn on to illustrate the contribution of ethnography as a research approach to gain an in-depth understanding of nursing practice. These themes are firstly, the embodied nature of nursing work and secondly, duality and tension in nursing work.

Defining ethnography

There is a lack of consensus over the meaning of ethnography which is partly explained as its origins were in early 20th century social anthropology and later sociology (Hammersley & Atkinson, 2007). In Europe, ethnography developed from social anthropology and was closely aligned with British colonialism. In North America the influential Chicago School signalled a move away from this type of cultural anthropology to use observation to explore marginalized urban groups (Brewer, 2000). 'Ethnography' therefore encompasses a number of different concepts and there are also differing ideas as to the nature of its key elements (Brewer, 2000). 'For some [ethnography] refers to a philosophical paradigm to which one makes a total commitment, for others it designates a method that one uses as and when appropriate. And, of course, there are positions between these extremes' (Atkinson & Hammersley, 1994, p. 248).

Despite a lack of consensus, most understandings of ethnography make reference to gaining access to the social meanings of the people studied. The central tenet is participant observation over a prolonged period 'watching what happens, listening to what is said, and/or asking questions through informal and formal interviews, collecting documents and artefacts' (Hammersley & Atkinson, 2007, p. 3). The meaning and purpose assigned to ethnography is also informed by the particular ontological approach of the researcher. The ethnographies in this paper

were all premised on Hammersley's (Hammersley, 1992) ontological position of subtle realism. From this perspective, the aim of social research is to represent reality 'from some point of view which makes some features of the phenomena relevant and others irrelevant. Thus, there can be multiple, non-contradictory and valid descriptions and explanations of the same phenomenon' (Hammersley, 1992, p. 51).

Another key feature of ethnography is to provide a cultural description of the group studied. However, culture, like ethnography, is a contested term and the three studies utilised Geertz's early, and much quoted, explanation of culture:

'The concept of culture I espouse... is essentially a semiotic one. Believing, with Max Weber, that man^{sic} is an animal suspended in webs of significance he himself has spun, I take culture to be those webs, and the analysis of it to be therefore not an experimental science in search of law but an interpretive one in search of meaning' (Geertz, 1993, p. 5).

It was intriguing to unravel the meanings in the 'webs of significance' in these particular nursing areas and the ways in which ethnographic methods facilitated this will now be outlined.

Ethnographic methods

Ethnographers employ multiple methods of data collection but often utilise three main methods; participant observation through prolonged immersion in the field, in-depth interviews with key informants and analysis of documentary material. A general overview of these methods and their use in ethnography will be presented followed by a more specific account of how these methods were used in the three studies.

Participant observation

Participant observation is, arguably, the underpinning principle of ethnography; indeed Delamont (Delamont, 2007, p. 206) refers to 'proper ethnography; that is participant observation done during fieldwork'. 'It involves data gathering by means of participation in the daily life of informants in their natural setting; watching, observing and talking to them in order to discover their interpretations, social meanings and activities' (Brewer, 2000, p. 59). Observation can be overt or covert in nature in that the role of the researcher is either known (overt) or unknown (covert) to the people in the setting.

One further salient feature of ethnography which ensures its contribution to the analysis of nursing work is prolonged immersion in the field through this participant observation (Delamont, 2007). Brink and Edgcombe (2003, p. 1028) note that there has been an increasing 'bastardization' of ethnography when researchers claim to have used ethnography without its 'signature' research design: the observation of

human behaviour within a culturally and socially defined context. Thus an important indicator of the validity of an ethnographic study is the period of time spent observing in the field. The aim is to spend a prolonged period immersed in the field in order to offer an interpretation of the culture and an understanding of the complexities of the setting. Ethnographers speak of being 'in the field' with the 'field' being the setting or context in which the ethnographer collects data. Thus 'field notes' are an important part of data collection in ethnography. Whilst working and observing in the field, notes are taken on the events that are occurring and are written as soon as possible to ensure an accurate recording of these events (Gobo, 2008).

Interviews

A second data collection method used in ethnography is in-depth interviews with key informants. Interviews have been described as a common method of data collection in qualitative research and are conversations directed usually by the researcher to achieve the research aims (Green & Thorogood, 2013). For Mason (2002), the conduct of an interview in a qualitative study should be informal, focused on the interaction and congruent with the ontological and epistemological position of the researcher. As Green and Thorogood (2013) identify, the interview is an account of a phenomenon, which is open to interpretation by the researcher.

As Hammersley and Atkinson (2007) highlight, interviews in ethnographic research range from informal conversations in the field to organised specific face to face encounters. Thus the ethnographic interview is situated and contextual with the researcher being considered as the instrument of data collection (Brewer, 2000; Mason, 2002; Green & Thorogood, 2013).

Documentary evidence

A third key method of data collection used in ethnography is analysis of documentary evidence. As Prior (2003) suggests, it is difficult to precisely define what is meant by a 'document', but it can be considered as written text used as data. In literate cultures, Hammersley and Atkinson (2007) state that ethnographers need to take account of documents as part of the social setting under investigation. This is because as Mason (1996, p. 72) suggests, they are 'meaningful constituents of the social world in themselves' but should be interpreted with care. Again, as in observation issues of selectivity and perspective arise. Mason (1996) further suggests a need to be critical in the analysis of any text and recognises the fact that researchers interpret and make critical judgements as to what they attend to.

Aims and objectives

This methods paper examines ways in which ethnography and in particular the ethnographic method of participant observation, informs understanding of the reality of nursing work.

Methods

In all three studies, the ethnographic methods of participant observation, interviews and review of documentary evidence were used. In all, the methods were theoretically informed by an ethnographic methodology, incorporating reflexivity and attention to context.

A principle of reflexivity is 'that researchers should subject their own research practice to the same critical analysis that they deploy when studying their topic' (Green & Thorogood, 2013, p. 23). The ethnographer needs to be aware that factors such as their age, gender, social class and occupation might influence how they collect and interpret the data.

Participant observation

In these studies the researchers' role as observer was overt in that the researcher 'participated' in the nursing work. This was achieved by 'shadowing' and working alongside nurses throughout the course of their shift. Although the roles were principally of observers-as-participant (Gold, 1958), as registered nurses the researchers adopted a secondary role as 'helper' to the nurses where appropriate. Whilst shadowing one nurse or working with the nurses there was interaction with the rest of the healthcare team and the patients for whom they provided care. In all three studies the period of participant observation lasted for at least one year.

'Reflective' journals were also kept by all three researchers. These were personal accounts of the research experience, starting from when the research questions were first formulated and continuing throughout the data collection and analysis stages. They were also used to record any ideas, thoughts and feelings that occurred in and out of the field, especially the researchers' reactions (and reactions sensed from other people) to situations and events. This proved invaluable as a basis for reflexivity on the research experiences.

Interviews

All three studies included audio recorded, individual interviews with nurses with Authors 1 and 2 also interviewing other key informants such as patients and other healthcare professionals. In all three studies, reflective notes describing the context of each interview were made. The interviews were semi-structured and reflexive, in that the questions were informed by a review of the literature and based on a series of issues that had arisen from the on-going early analysis of the observational data.

Documentary evidence

Written texts, some highly visible, such as notices, patients' charts and nursing care plans and others, such as patient records, more hidden, were much in evidence in all three research settings. As with participant observation, these documents were studied, both in terms of their substantive content and their context that is such things as their positioning and authorship, the ways in which they were used and how much attention was paid to them (Prior, 2003).

Whilst the three studies used all of these methods, the focus here is on the essential utility of participant observation in understanding the realities of nursing practice.

Data analysis

Analysis in ethnographic studies is a reflexive activity that starts as research questions are formulated and continued throughout (and underpinned) data generation and the writing up stage (Hammersley & Atkinson, 2007). In the studies, thematic analysis (Green & Thorogood, 2013) was used and emerging themes were analysed in relation to relevant literature. In each study analytic rigour was enhanced through reflexive awareness of the relationship between the researchers and participants and also between the authors and their final written texts or accounts. Moreover, reflexive awareness of reactions – physical, emotional and mental – to events in the field, contributed to the analysis.

Ethical considerations

All three studies were formally reviewed by the UK National Health Service institutional ethics committees and formal ethical approval was obtained. The researchers were all registered nurses and thus adhered to the UK Nursing and Midwifery Council (Nursing & Midwifery Council, 2008) Code of Conduct.

Results

The contribution of ethnography to understanding nursing work

To illustrate this contribution, two key themes which were common to all three studies are discussed now. These are the embodied nature of nursing work and duality and tension in nursing work.

The embodied nature of nursing work

In all three studies, the ability to engage with participants in a naturally occurring context and then to interpret and explore the meanings of this observed behaviour within an ethnographic

framework gave insights into the complexity of nursing work (Gerrish, 2003). Whilst in the field, the researchers acted as observers and as helpers to the nurses. These observer/helper roles were intertwined inasmuch as whilst helping, the researchers were also physically experiencing the embodied nature of the nursing work (Savage, 2000; Delamont, 2007). By directly participating in the work the researchers as ethnographers experienced, through all of their senses, the world of the participants in the setting and although overwhelming at times, this sensory experience helped in the interpretation and analysis of the setting.

The use of the senses, including vision, smell, hearing and touch, was particularly relevant to the fieldwork experience in ITU; Philpin (2007) described a familiar smell hitting their nostrils – a warm, familiar, but anxiety-provoking mixture of disinfectant and unknown substances – on first venturing into the field. In addition the sounds in ITU – the almost constant 'bonging' of the various alarms (all emitting different sounds, recognisable to those who worked there), the bleeping of monitors if their sound was turned on and the quiet hiss of the ventilators; audible cues of the essence of the ITU, with its sense of busyness and urgency.

This use of senses other than visual includes the ways in which fieldwork is experienced by the physical body. The physical experience for all the researchers was an important part of the fieldwork, fatigue from early starts, aching backs from moving and bending over patients, and feelings of nausea from certain sights, sounds and smells.

All these sensory cues experienced by bodily immersion in the field also induced profound emotional responses in the researchers such as shock, sadness and fear which, on reflection, yielded greater understanding of the context and culture of this area in terms of what it meant for the people who worked there. In ITU, there was the shock of seeing extremely ill patients:

I feel shocked/sad/afraid to see a young man so ill. Bewildering array of equipment attached to him – ventilator, haemodialysis tubes, various monitoring devices, 12 IV infusions, naso-gastric feeding, arterial line – how does one keep track of it all? (Reflective journal excerpt ITU).

In the gynaecological unit, the researcher was struck by seeing the foetal body, (normally hidden from view) after miscarriage and terminations:

I looked in three special containers for foetal remains, two had fragments of placental tissue the third had an intact but dead 14 week foetus, which was really quite shocking, not something you would like to look at all the time (Field note extract gynaecological ward).

Whilst in the MAU setting, there were the deaths of patients, often unexpected with shocked families thus the confrontation with such raw grief was deeply affecting:

I helped care for a young man who was admitted with uncontrolled fitting related to drug and alcohol dependence. He was extremely thin and pale and just lay very, very still until he started fitting again. He was all alone. No family or friends were there to support him. I helped wash him and when I did this his frailness was evident when I touched him. To wash him gently was caring, as was the administration of intravenous medications he was receiving of course, but to touch him was to feel his vulnerability, his humanness and enabled a communication of caring (Field note extract MAU).

The participant observation meant that the researchers experienced these events themselves and reacted on an emotional level. As Wilkins notes, 'our emotional responses ... may have a sensitising, cognitive function which alerts us to the meanings and behaviours of others' (Wilkins, 1993, p. 96). Part of the process of fieldwork in all three studies was to move from these initial experiences, emotions and interpretations as researchers to an understanding of the perspectives of the participants who worked in and were familiar with these areas. Prolonged, embodied immersion in the field engendered alertness to the meanings and behaviours of others. The ethnographer repeatedly, physically experiences the context in which nursing is practised and through that comes to appreciate the meaning that the nurses might attach to that practice. This immersion in and observation of the field allowed such insights and understandings which might not be possible in other research approaches.

In addition to embodiment, all three ethnographies also identified duality and tension in nursing work which will be discussed now.

Duality and tension in nursing work

Participant observation and prolonged immersion in these fields yielded data which also identified duality and tension in nursing work. Examples from all three ethnographies are presented to illustrate this theme. In ITU, (Philpin, 2007) nursing work is underpinned by a rhetoric of rational evidence-based practice and the sensory experience of immersion in the field of an ITU leaves one in no doubt that this is a high-tech area '*par excellence*'. The sounds of beeping monitors, 'bonging' alarms, swishing ventilators, talk amongst the staff and the visual cues of flashing monitors and observations of complex apparatus and procedures confirm this. Prolonged immersion in this setting however offered a more complex and contradictory picture of ITU nursing work, which included messiness and dangerousness. The high-tech surroundings of the ITU setting were in direct contrast with the very vulnerable and exposed human body, with nurses having to manage both. The researcher related how they physically felt the contradictory experience of nursing work in ITU as they steeled themselves to touch clammy skin or faces with strings

of sputum and saliva around endotracheal tubes. These visceral and emotional experiences, which could not be entirely counteracted by science and technology, were important aspects of the field work experience in terms of making sense of what it meant to work in such a place.

Two more examples of duality and tension in nursing work identify a discrepancy between professional nursing rhetoric and the more pragmatic approach to nursing work that nurses employ. Contemporary expectations are that nurses should offer high levels of emotional care to their patients. Through participant observation and prolonged immersion in the field, it was noted that nurses found this very difficult to achieve all of the time. For example, in gynaecological nursing there are expectations that the nursing response to women having a miscarriage is to consider her as being bereaved and to offer sympathetic, emotional care (Swanson, 1991, 1999). When interviewed, nurses recognised that this was a very important aspect of women's care and one they sought to achieve. However, the prolonged periods of observation identified a contradiction between what the nurses said should happen and what appeared to be actually possible. The nurses interviewed, discussed the kind of emotional care that *should* be given yet other sources of data hinted at contradictions and discrepancies. Interviews with patients on the ward suggested that they were not receiving high levels of emotional care. In fact some felt abandoned and alone in the ward setting but made allowances for the nurses in recognising that they must be busy:

No, I think they were busy (laugh), they were busy and they'd seen it (miscarriage) I don't know how many times before ... (Jane, patient interview).

The field observations provided some explanation for these differing accounts between nurses and patients. It was evident that the nurses tended to give priority to those patients considered more ill and who had more pressing physical needs than women experiencing miscarriage. However, nurses expressed regret and concern that there was not always time to spend with patients:

I know once women go out into the ward, there's a very busy ward with a lot of people with very varying conditions and needs and they don't always erm... the nurses perhaps aren't just aren't able to give them the priority or the time that they might like to (Julie, nurse interview).

Similarly, on the MAU, time to provide emotional care was also in short supply and time for interaction with patients was rationed due to high workload demands. The pressure on beds and the need to move patients on rapidly also contradicted a nursing rhetoric that constructs a vision of a nurse engaging therapeutically with an individual's health needs over a prolonged time span (Watson, 1988). Nurses and patients noted the importance of effective communication as a key aspect of the MAU nurses' role, however in the time pressured MAU this was an ideal aspiration rather than a constant event. Eve, a 78 year old lady admitted with shortness of breath commented:

Well you see it is such a busy ward, nobody had time they were so busy and the people that were there were ill weren't they. I was lucky because I didn't need that sort of one-to-one attention. I could cope (Patient interview).

The nurses coped with such time limits on emotional care by presenting themselves in a friendly way whilst using evolved strategies to reduce patients' expectations, as illustrated in this example of one nurse's approach to new admissions:

Table 1. Summary of the methods used in the three studies

Tabela 1: Povzetek metod, uporabljenih v vseh treh raziskavah

	Study 1 (Philpin, 2007)	Study 2 (Murphy & Merrell, 2009)	Study 3 (Griffiths, 2011)
Aim of study	Ethnographic exploration of nursing culture in an intensive therapy unit	Ethnographic exploration of the management and care of women having an early miscarriage within a hospital gynaecology unit.	Ethnographic exploration to describe and explain the role of the Acute Medical Admissions Unit nurse.
Setting	Intensive Therapy Unit (ITU)	Hospital Gynaecological unit	Hospital Medical Admissions Unit
Methods	<ul style="list-style-type: none"> - 12 months part-time participant observation. - Interviews with 15 ITU nurses. - Review of key documents in the setting. 	<ul style="list-style-type: none"> - 20 months part time participant observation. - Interviews with 8 women experiencing miscarriage, 10 nurses, 3 doctors & 3 ultrasonographers working in the unit. - Review of key documents in the setting. 	<ul style="list-style-type: none"> - 18 months participant observation. - Interviews with 19 nurses, doctors, patients, and paramedics. - Review of key documents in the setting.

I pop in smile and say 'I will be along to see you shortly and here is an information leaflet. My name is Mary and any problems let me know'. It can be quite rushed but you do it in a calm way and sort of give the impression that you are there if they need you but your mind is everywhere once you have checked they are OK (Nurse Interview).

Nurses in these circumstances experienced conflict between espoused professional values and the reality of providing care. Nurses operated within the constraints of a system in both the gynaecological and medical admissions unit, which forced them to focus on more instrumental aspects of care to manage rapid patient throughput. Prolonged immersion in these fields made it clear that the nurses were required to work with limited resources that were defined institutionally rather than professionally led. This led to tension between an espoused theory of practice and that which was actually practiced. This tension between a rhetoric of professional caring that emphasises the emotions and the reality of actual practice is detrimental for both nurses and nursing (Allen, 2004).

Discussion

In drawing on these three ethnographies of nursing work, we argue that ethnography as a research approach is very useful to uncover the complexity of nursing work. Nursing is practised in many different settings, cultures and contexts all of which will influence the nature of the work. Nurses adjust their practice according to the setting in which they practice and within different settings particular cultural practices evolve. Ethnography and in particular prolonged, participant observation within the setting can help to uncover these practices and offer insights into the meaning and understandings that the nurses themselves attach to their work. It is also possible to identify insights and understandings from other significant people such as patients and other staff. An ethnographic analysis of all these perspectives particularly the observation data helps to reveal similarities as well as important differences in nursing as it is practiced in different settings. The strength of ethnography is a very clear and prolonged focus on a particular setting but in a holistic way in order to really understand what is going on. The insights generated from such an ethnographic examination can be very insightful for individual nurses examining their own practice as well as for administrators, educators and policy makers. Conducting participant observation over an extended period of time, in these three studies for more than a year, facilitated a deeper understanding of the complexity of factors which impacted on nursing work, for example, changes in staffing levels, and increased pressures on beds in the MAU due to increased demand on services during winter months. Observation over shorter time periods may not have yielded such insights.

We commented earlier in the paper, that ethnography as a research approach including observation seems to be less evident in nursing research. This paper has tried to demonstrate some of the strengths of ethnography, but it is also the case that ethnography presents challenges to researchers. Ethnography and within it participant observation is time consuming and presents numerous challenges in terms of resource use, ethical issues and the ways in which prolonged immersion in the field may affect the researcher. As an example, a number of writers have commented that ethnography presents researchers with particular ethical dilemmas (Gerrish, 2003; Johnson, 2003). The necessity of building rapport and trust with participants, whilst at the same time generating data from these same people 'raises issues of manipulation, exploitation and secrecy' (Walsh, 1998, p. 23). Gerrish (1997, p. 27) suggests that nurse researchers can reduce the potential dissonance between the dual role of nurse and researcher by offering a positive contribution to care rather than being merely an 'exploitive interloper'.

Another challenge in the use of ethnography as a research approach is the management of field roles and relationships. It is necessary to maintain a delicate balance between rapport in the field, whilst avoiding 'going native' by over identifying with participants. Hammersley, Atkinson (2007, p. 89) describe the need for the ethnographer to be 'poised between familiarity and strangeness'. Maintaining this may be stressful and, as noted earlier immersion in the field can be physically, mentally and emotionally tiring. However, despite these undoubted challenges posed by ethnography, we contend that as a research approach, it makes a valuable contribution to understanding nursing practice and work.

Conclusion

In drawing on these three ethnographies of nursing work, we have argued that adopting an ethnographic approach which uses multiple methods of data collection, but in particular the use of participant observation and prolonged immersion in the field is a powerful mechanism for obtaining insights into nursing practice. The realisation of this and how nurses adapt to and function within their particular context is important to understanding nursing practice as it is actually practised. Such understandings may facilitate changes in practice to improve patient care.

Acknowledgment

This paper was developed from a symposium presented at the Royal College of Nursing International Nursing Research Conference in Liverpool, UK. The authors wish to acknowledge the contribution of Dr Sue Philpin who conducted the study in the intensive therapy unit and her contribution to an early draft of this paper prior to her untimely death.

Literature

- Allen, D., 2004. Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*, 11(4), pp. 271–283.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00234.x>
PMid:15601415
- Atkinson, P. & Hammersley, M., 1994. Ethnography and participant observation. In: Denzin, N. & Lincoln, Y. eds. *Handbook of qualitative research*. London: Sage, pp. 248–259.
- Brewer, J. 2000. *Ethnography*. Buckingham: Open University Press, pp. 11–26.
- Brink, P. & Edgecombe, N., 2003. What is becoming of ethnography? *Qualitative Health Research*, 13(2), pp. 1028–1030.
<http://dx.doi.org/10.1177/1049732303253542>
PMid:14502967
- Delamont, S., 2007. Ethnography and participant observation. In: Seale, C., Gobo, G., Gubrium J. & Silverman, D. eds. *Qualitative research practice*. London: Sage, pp. 205–217.
- Geertz, C., 1993. *The interpretation of cultures*. London: Hutchinson, pp. 5–8.
- Gerrish, K., 1997. Being a 'marginal' native: dilemmas of the participant observer. *Nurse Researcher*, 5(1), pp. 25–34.
- Gerrish, K., 2003. Self and others: the rigour and ethics of insider ethnography. In: Latimer, J. ed. *Advanced qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell, pp. 77–94.
- Gobo, G., 2008. *Doing ethnography*. Los Angeles: Sage, pp. 201–213.
- Gold, R., 1958. Roles in sociological field observation. *Social Forces*, 36(3), pp. 217–223.
<http://dx.doi.org/10.2307/2573808>
- Green, J. & Thorogood, N., 2013. *Qualitative methods for health research*. London: Sage, p. 23.
PMCID:PMC3707789
- Griffiths, P., 2011. A community of practice: the nurses' role on a medical assessment unit. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (1-2), pp. 247–254.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03135.x>
PMid:20626529
- Hammersley, M. & Atkinson, P., 2007. *Ethnography: principles and practice*. 3rd ed. London: Routledge, pp. 1–19.
- Hammersley, M., 1992. *What's wrong with ethnography?* London: Routledge, pp. 5–10.
- Holloway, I. & Wheeler, S., 2010. *Qualitative research in nursing*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science, p. 153.
- Johnson, M., 2003. Research ethics and education: a consequentialist view. *Nurse Education Today*, 23 (3), pp. 165–167.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0260-6917\(03\)00017-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0260-6917(03)00017-0)
PMid:12672383
- Malinowski, B., 1922. *Argonauts of the Western Pacific*. London: Routledge, p. 81.
- Mason, J., 1996. *Qualitative Researching*. Sage: London.
- Mason, J., 2002. *Qualitative Researching*. 2nd ed. Sage: London.
- Murphy, F. & Merrell, J., 2009. Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18(11), pp. 1583–1591.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x>
PMid:19490295
- Nursing & Midwifery Council (NMC), 2008. *Code of conduct*. London: Nursing & Midwifery Council, pp. 2–10.
- Philpin, S., 2007. Managing ambiguity and danger in an intensive therapy unit: ritual practices and sequestration. *Nursing Inquiry*, 14(1), pp. 51–59.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00354.x>
PMid:17298608
- Porter, S., 1995. *Nursing's relationship with medicine: a critical realist ethnography*. Aldershot: Avebury.
- Prior, L., 2003. *Using documents in social research*. London: Sage.
- Savage, J., 1995. *Nursing intimacy: an ethnographic approach to nurse-patient interaction*. London: Scutari.
- Savage, J., 2000. Participative observation: standing in the shoes of others? *Qualitative Health Research*, 10(3), pp. 324–339.
<http://dx.doi.org/10.1177/104973200129118471>
PMid:10947479
- Smith, P., 1992. *The emotional labour of nursing: how nurses care*. London: Macmillan.
- Street, A.F., 1992. *Inside nursing: a critical ethnography of nursing practice*. Albany: State University of New York Press.
- Swanson, K.M., 1991. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), pp. 161–166.
<http://dx.doi.org/10.1097/00006199-199105000-00008>
PMid:2030995

Swanson, K.M., 1999. Research-based practice with women who have had miscarriages. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), pp. 339–345.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00514.x>

PMid:10628100

Walsh, D., 1998. Doing ethnography. In: Seale, C. ed. *Researching society and culture*. London: Sage, pp. 217–232.

Watson, J., 1988. *Human science and human care: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

Wilkins, R., 1993. Taking it personally: a note on emotion and autobiography. *Sociology*, 27(1), pp. 93–100.

<http://dx.doi.org/10.1177/003803859302700109>

Wolf, Z.R., 1988. *Nurse's work, the sacred and the profane*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Cite as/Citirajte kot:

Murphy, F., Griffiths, P. & Merrell, J., 2014. The contribution of ethnography to understanding nursing work: a comparative review of three nursing ethnographies. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), 12–20. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.8>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

Health behaviour of adolescents in Slovenia: major results from 2010 and trends from 2002 to 2010

Z zdravjem povezana vedenja med mladostniki v Sloveniji: glavni rezultati iz leta 2010 in trendi od 2002 do 2010

Helena Jeriček Klanšček, Helena Koprivnikar, Maja Zorko, Tina Zupanič

Key words: self-rated health; adolescents; behaviour; trends

Ključne besede: samoocena zdravja; mladostniki; vedenja; trendi

dr. Helena Jeriček Klanšček,
univ. dipl. lit. komp., prof. slov. j.,
mag. soc. ped.
Correspondence e-mail/
Kontaktni e-naslov:
helena.jericsek@nijz.si

Helena Koprivnikar, dr. med.

viš. pred. dr. Maja Zorko, univ.
dipl. psih.

mag. Tina Zupanič, univ. dipl. soc.

All/Vsi: National Institute of
Public Health, Trubarjeva 2,
1000 Ljubljana

Research was a part of
research project V3-0546./
Raziskava je bila del projekta
št. V3-0546.

Received/Prispelo: 1. 10. 2013
Accepted/Sprejeto: 1. 2. 2014

ABSTRACT

Introduction: Monitoring of health behaviours, especially of adolescents, is essential for the future of each nation. Over the last decades, many changes have occurred in all aspects of our lives, affecting the health and quality of life of all people, including children and adolescents.

Methods: The study is based on a quantitative research method. The survey was conducted on a representative sample of Slovenian 11-, 13- and 15-year-old adolescents, using a standardised international questionnaire (HBSC study – Health Behaviour in School-Aged Children). The survey was carried out with the assistance of school counsellors in the spring of 2002, 2006 and 2010 ($n = 15.080$). For determining the correlation between two individual years, the chi-square test (χ^2) was used. The significance level was calculated using the statistical significance value of $p < 0.05$. Through the Cochran-Armitage trend test, it was established whether a trend existed for the selected indicators in the period between 2002 and 2010.

Results: There are some favourable trends, e.g. eating breakfast ($p = 0.000$), tooth brushing ($p = 0.000$), lower proportion of individuals who rate their health as poor ($p = 0.002$) and experience several psychosomatic symptoms ($p = 0.000$), but also unfavourable trends, e.g. decrease in physical activity ($p = 0.023$), increase in early alcohol consumption ($p = 0.000$), dissatisfaction with school ($p = 0.000$) and bullying others ($p = 0.000$).

Discussion and conclusion: The conclusions of the analyses can serve as a useful basis for further work and development of systemic measures to promote healthy behaviours and prevent risky and unhealthy behaviours among children and adolescents.

IZVLEČEK

Uvod: Spremljanje vedenj, povezanih z zdravjem, še posebej mladostnikov, je ključno za prihodnost vsakega naroda. V zadnjih desetletjih so se zgodile številne spremembe na vseh področjih življenja, ki vplivajo na zdravje in kakovost življenja vseh, tudi otrok in mladostnikov.

Metode: Raziskava temelji na kvantitativni metodi raziskovanja. Uporabljen je bil standardiziran vprašalnik iz raziskave Health Behaviour in School-Aged Children na reprezentativnem vzorcu slovenskih enajst-, trinajst- in petnajstletnikov. Anketiranje je bilo izvedeno ob pomoči šolskih svetovalnih delavcev spomladi 2002, 2006 in 2010 ($n = 15.080$). Za ugotavljanje povezanosti med posameznimi leti izvedbe raziskave je bil uporabljen hi-kvadrat test (χ^2). Raven statistične značilnosti je bila $p < 0,05$. S testom Cochran-Armitage so bili analizirani trendi za izbrane kazalnike v obdobju 2002–2010.

Rezultati: Rezultati kažejo nekatere ugodne trende npr. pri zajtrkovanju ($p = 0,000$), umivanju zob ($p = 0,000$), v zmanjšanju deleža tistih, ki svoje zdravje ocenjujejo kot slabo ($p = 0,002$) in imajo veliko psihosomatskih simptomov ($p = 0,000$). Neugodni trendi so npr. v upadu telesne dejavnosti ($p = 0,023$), zgodnjem pitju alkohola ($p = 0,000$), nezadovoljstvu s šolo ($p = 0,000$) in trpinčenju drugih ($p = 0,000$).

Diskusija in zaključek: Ugotovitve analize so lahko dobra osnova za nadaljne delo in sistemsko ukrepanje z namenom krepitev zdravih vedenj in preprečevanja tveganj in nezdravih vedenj pri otrocih in mladostnikih.

Introduction

Even though young people (from 0 to 18 years) represent a minor part (18 %) of the Slovenian population (Statistični urad Republike Slovenije, 2012), they deserve special attention for several reasons. One of them is that young people are the future and the pillar of the society. During adolescence they develop their lifestyle and behaviours that characterise them through life and influence the course and quality of their lives, success and health (National Research Council and Institute of Medicine, 2004; World Health Organization, 2005, 2006) and also the health of the following generations (World Health Organization, 2005). Their health will affect the prosperity and stability of countries (World Health Organization, 2005). According to many researchers (Torsheim, et al., 2004; Moreno, et al., 2008; Nixon & McClain, 2010; Currie, et al., 2012), the health of children and adolescents is an important predictor of adult health and the entire population, and on the other hand, it is related to the achievement of the developmental tasks of adolescents, school success, relationships with parents and peers, etc.

Over the last decades, many changes have occurred in all fields of life, affecting the health and quality of life of all people, including children and adolescents. Child and adolescent health is becoming more dependent on social, community and environmental factors. Due to their insecurities (employment, schooling, etc.), increasing contradictions (between equality and differences, individuality and unpredictability, etc.) and increasing problems related to key areas of their lives, adolescents are becoming more and more vulnerable and sensitive. All this reflects in the health and social problems of adolescents. On the one hand, health is one of the most important values among adolescents, and on the other hand there are also many insecurities related to health (Ule, et al., 2000, 2003; Ule, 2008).

Monitoring of health and health behaviours, especially among adolescents, is of key importance for identifying and monitoring relevant health behaviours as well as planning, designing and implementing effective policies and programs and evaluating their effectiveness. Healthy adolescents are a good potential for a healthy society in the future, therefore it is necessary to monitor health and health related behaviour indicators, promote and strengthen health and adequately respond to the potential worsening of indicators and unfavourable trends. Not many periodic studies on the health of adolescents have been conducted in Slovenia, and the number of trend and inequality analyses providing an insight into the development of adolescents and their health through time is even lower (for example ESPAD 2011, Mladina 2000, 2010 survey). Therefore, this article will focus on the analysis of data collected in 2002, 2006 and 2010 on the population of 11-,

13- and 15-year-old adolescents ($n = 15.080$), using the international questionnaire Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

Aim

The aim of this article is to present health related behaviour in Slovenian school-aged children in 2010 and favourable and unfavourable trends in the period of 2002 - 2010 in order to identify the main issues of adolescent health behaviours to be addressed in future.

Method

Research instrument

The study is based on a quantitative research method. A representative sample of Slovenian 11-, 13- and 15-year-olds filled out the standardised international HBSC questionnaire, consisting of four types of indicators: social context, health outcomes, health behaviours and risk behaviours. The focus of the study was on dietary habits, tooth brushing, physical activity, tobacco, alcohol and cannabis use (only for 15 years old), sexual behaviour (only for 15 year olds), violence, self-rated health, injuries and some factors related to school (liking school and perceived pressure from schoolwork).

The HBSC study in 2010 included 43 countries – more information about the HBSC study is available at www.hbsc.org. The reviewed database created in accordance with the international methodology was forwarded to an international centre in Norway through a website application where the selected data were filtered according to the international validation rules.

Sample

The classes are the primary sampling units. The data on all selected classes were collected with the assistance of schools and the Ministry of Sport and Culture. The representative sample included 11-, 13- and 15-year-olds for which a two-stage stratified random sampling was used. The first stage involved the sampling of primary and secondary schools and during the second stage the secondary schools were sampled in relation to their educational programme (grammar schools, technical secondary schools, vocational secondary and post-secondary schools). According to international methodology where the minimum sample size determined for each age group is 1500 individuals, we randomly selected 6.6 % of the total population of 11, 13 and 15 years of age in 2002, 9.7 % in 2006 and 13.1 % in 2010. The final database structure encompassed 4.514 adolescents in 2002, 5.130 adolescents in 2006 and 5.436 adolescents in 2010,

approximately half of which were boys (Stergar, et al., 2006; Jeriček Klanšček, 2007; Jeriček Klanšček, et al., 2011, 2013). The response rates were 92.1 % in 2002, 82.8 % in 2006 and 83.6 % in 2010.

No description of age is given in the text when we refer to all adolescents from 11 to 15 years of age and no description of sex when we refer to adolescents of both sexes. When a specific age group or sex group is described, it is always defined.

Procedures and statistical methods

The study was approved by the Slovenian Medical Research Ethics Committee in October 2010. The survey was carried out with the assistance of school counsellors or teachers in the spring of 2002, 2006 and 2010. The research group guaranteed the anonymity and voluntariness of participation. All analyses presented in this paper were conducted using the filtered data. The data were analysed with the statistical analysis program SPSS v. 19. By using two-way and three-way contingency tables, the distributions of groups of adolescents were identified according to the individual observed variables in a specific year and between two years. For determining the correlation between two individual years of conducting the survey, the chi-square test (χ^2) was used to draw conclusions from the sample to the population. The significance level was calculated using the statistical significance value of $p < 0.05$. It was followed by the Cochran-Armitage trend test which established whether a trend for the selected indicators exists in the period 2002-2010. As SPSS does not allow for direct calculation of the Cochran-Armitage trend test, it was calculated using the linear-by-linear association derived from the chi-square test table and enabling the calculation of Cochran-Armitage statistics. The statistical significance value of $p < 0.05$ was used again for the calculation of the significance level.

Results

Health behaviours in 2010 in the international context

Dietary habits, tooth brushing and physical activity

Only 44 % of adolescents eat breakfast regularly during the weekdays, 40 % consume fruit at least once a day and only 25 % consume vegetables at least once a day. Regular breakfast consumption, and intake of fruit and vegetables decline with age. With regard to the proportion of adolescents who eat breakfast regularly, Slovenia ranks last among the countries included in the study, in all three age groups. This can be partially explained by the good availability of school-provided mid-morning meals.

37 % of adolescents often (at least once a day) consume sugar-sweetened beverages and 25 % often consume sweets. Frequent consumption of sugar-sweetened beverages and sweets increases with age. Sugar-sweetened beverages are more frequently consumed by boys than girls, and the opposite is true for sweets. Regarding the frequency of consumption of sugar-sweetened beverages, Slovenian adolescents rank significantly above the average of peers from other countries. In the age group of 11 years, Slovenia ranks second, in the age group of 13 years, third, and in the age group of 15 years, first.

Recommendations on regular tooth brushing (more than once a day) are followed by 64 % of adolescents, more girls than boys. The highest proportion of adolescents who brush their teeth regularly is among 11-year-olds and the lowest among 13-year-olds. In terms of regular tooth brushing, Slovenian adolescents rank close to the international average.

Only 20 % of adolescents in Slovenia implement the World Health Organization recommendations (World Health Organization, 2010) on regular physical activity (at least 60 minutes daily), more boys than girls. In terms of regular physical activity, Slovenian adolescents rank slightly above the international average. The proportions of individuals who are regularly physically active are however extremely low, especially in the group of 15-year-old girls, where only 10 % are regularly physically active.

Tobacco, alcohol and cannabis

In 2010, 29 % of adolescents reported to have smoked tobacco (at least one cigarette, cigar or pipe), more boys than girls. 8 % reported that at the time of the survey they smoked at least once a week or more; there were no differences regarding sex. Shares of those who had ever smoked and weekly smokers increased with age. 7 % of 11-year-olds, 27 % of 13-year-olds and 53 % of 15-year-olds reported having ever smoked and 0.3 % of 11-year-olds, 3 % of 13-year-olds and 19 % of 15-year-olds reported weekly smoking. Differences between boys and girls exist in smoking initiation at 11 and 13 years of age (more boys reported having ever smoked at both ages), but there are no other differences in smoking in any of the age groups. 24 % of 15-year-olds reported that they tried smoking (at least on puff) early, that is at the age of 13 or less. With regard to smoking, adolescents in Slovenia generally do not exceed the average of their peers in other countries.

In 2010, 12 % of adolescent reported weekly drinking (once a week or more) and 17 % reported being drunk at least twice in their lives (drunkenness). Shares of weekly drinking and drunkenness increased with age. 2 % of 11-year-olds, 7 % of 13-year-olds and 26 % of 15-year-olds reported weekly drinking; 1 % of 11-year-olds, 10 % of 13-year-olds and 40 % of 15-year-olds

reported drunkenness. 45 % of adolescents reported their first drinking at the age of 13 or younger and 17 % reported drunkenness at the age of 13 or younger. In general, alcohol use is more common among boys, but gender differences are decreasing; drinking habits of girls are becoming similar to those of boys. Alcohol use among 11- and 13-year-olds in Slovenia is close or equal to the average in other countries. On the other hand, alcohol use among 15-year-olds (particularly among boys) exceeds the average considerably and ranks Slovenia at around 10th place (out of 38 countries) in all monitored indicators of alcohol use.

Among 15-year-olds, the use of cannabis was present in a considerable proportion. 23.2 % of 15-year-old adolescents reported ever having used cannabis and 10 % reported the use of cannabis at least three times in the last 12 months, in both cases more boys than girls. Cannabis use among 15-year-olds in Slovenia considerably exceeds the average of their peers from other countries and ranks Slovenia in the top 10 countries (out of 37).

Sexual behaviour

Among 15-year-olds, 28.5 % already had sexual intercourse, more boys than girls. Almost three quarters (72 %) used a reliable birth control method during the last intercourse; in this respect, no gender differences were noted. The proportion of sexually active 15-year-olds was slightly above the average of their peers in other countries. In condom use, Slovenian adolescents exceeded the international average and were close to the average in contraceptive pill use.

Violence

14 % of adolescents were involved in a physical fight at least three times in the past year; 8 % bullied others at least twice in the last few months and 21 % were victims of bullying at least once in the last few months. The highest proportions of those who are involved in physical fights, bullied others or were victims of bullying were among 13-year-olds and the lowest among 15-year-olds. Boys were more often involved in violence. Regarding the extent of fighting and bullying, adolescents from Slovenia ranked close to the average of peers in other countries, but they ranked below average with regard to being a victim of bullying.

Self-rated health and injuries

The majority of adolescents (90 %) rate their health as excellent or good, and only a minority consider it poor, which ranks Slovenia highly among other countries. Girls more often rate their health as poor, and the proportion of adolescents who rate their health as poor increases with age.

The majority of adolescents (87 %) are satisfied

with their life, which ranks Slovenia above the international average – in the top half of the countries. Boys are more satisfied with their life than girls, and life satisfaction declines with age.

The data show that approximately 17 % of adolescents experience multiple psychosomatic symptoms (e.g. stomach-ache, back pain, feeling low, irritability, nervousness, insomnia, etc.), more girls than boys. The proportion of adolescents who experience multiple psychosomatic symptoms increases with age. With regard to the proportion of adolescents with multiple psychosomatic symptoms, Slovenia ranks last among the countries in all age groups, which means that Slovenian adolescents experience fewer psychosomatic symptoms than their peers. Less favourable is the fact that 29 % of adolescents experience feelings of depression and 33 % of them have a low health-related quality of life.

The number of injuries reported by Slovenian adolescents in the last year exceeds the average in other countries. Approximately 47 % of respondents had been injured at least once. Injuries were more frequently experienced by boys than girls and by 13-year-olds, while 15-year-olds experienced the fewest injuries.

School

Slightly over a quarter (28 %) of adolescents in Slovenia like school a lot and 12 % do not like school at all. Girls are more likely to claim that they like school a lot. Slovenian 11- and 13-year-olds like school far less than their peers in other countries, and 13-year-olds even rank among the top five of those who dislike school most. On the other hand, Slovenian 15-year-olds like school more than their peers from other countries and rank the 5th among those who like school most.

Almost half of Slovenian adolescents (49 %) report having been pressured by schoolwork (a lot or fairly). No gender differences were noted. In comparison to other countries, Slovenian adolescents feel more pressured by schoolwork than their peers in other countries and rank well above the international average.

Favourable and unfavourable trends from 2002 to 2010

Favourable trends were observed in Table 1:

- regular breakfast consumption during the weekdays, with the exception of 15-year-olds; however, favourable changes arise primarily from the first half of the decade, while in the second half of the decade, no changes were noted;
- regular tooth brushing, with the exception of 13-year-olds and 11-year-old girls, where no changes were observed;

Table 1: *Favourable trends in health behaviours among 11-, 13- and 15-year-olds*Tabela 1: *Ugodni trendi v vedenjih, povezanih z zdravjem med 11-, 13- in 15-letniki*

Indicator	2002 (%)			2006 (%)			2010 (%)			Trend 2002- 2010 in 11-15 (p)	
	Age	11	13	15	11	13	15	11	13		15
Regular breakfast		*43.5	*36.0	*38.2	51.2	**37.2	39.5	***53.2	***41.3	***36.7	0.000
Tooth brushing		*58.8	58.8	*55.3	62.6	**58.7	61.2	***65.0	62.0	***63.6	0.000
Ever smoking		*13.5	*38.5	*64.9	8.9	**31.7	54.2	***7.3	***27.2	***53.1	0.000
Weekly smoking		* 1.3	* 5.1	*29.3	0.4	2.6	18.1	*** 0.3	*** 3.1	***19.4	0.000
Cannabis –three times in the last 12 months		/	/	*16.8	/	/	**7.1	/	/	***10.0	0.001
Victims of bullying		*24.7	*24.5	16.3	**28.9	**28.6	15.9	***21.1	***24.3	16.1	0.008
Poor health		9.4	11.2	17.0	**10.2	11.9	14.6	*** 6.8	10.2	***13.7	0.002
More psychosomatic symptoms		*21.5	24.8	*25.9	**16.2	**23.2	21.6	***13.6	***16.8	***19.3	0.000
On a diet		10.7	14.9	17.6	11.1	14.3	14.4	10.9	13.2	14.7	0.001

Legend/Legenda: % - percentage/odstotek; p - statistical significance/statistična značilnost

*Statistically significant differences between 2002 and 2006/Statistično značilne razlike med 2002 in 2006; **Statistically significant differences between 2006 and 2010/Statistično značilne razlike med 2006 in 2010; ***Statistically significant differences between 2002 and 2010/Statistično značilne razlike med 2002 in 2010

Table 2: *No statistically significant differences in health behaviour from 2002 to 2010 among 11-, 13- and 15-year-olds*Tabela 2: *Statistično neznačilne razlike v z zdravjem povezanih vedenjih od 2002 do 2010 med 11-, 13- in 15-letniki*

Indicator	2002 (%)			2006 (%)			2010 (%)			Trend 2002- 2010 in 11-15 (p)	
	Age	11	13	15	11	13	15	11	13		15
Sweets		34.0	29.1	25.2	35.7	25.5	23.4	34.2	28.0	23.1	0.335
Sweet beverages		*34.1	*27.9	*21.3	**53.2	**44.3	**39.8	36.7	28.7	22.5	0.726
Sexually active		/	/	25.9	/	/	**23.9	/	/	28.5	0.067
Fighting at least three times in the last 12 months		*20.1	14.0	9.7	**15.4	**16.8	10.7	***14.9	***15.7	10.1	0.548
Satisfied with life		90.4	84.5	82.4	89.2	85.6	82.5	89.9	85.8	85.0	0.198
Injury		*48.8	*46.7	*46.1	**37.4	**41.4	**34.2	46.5	***50.0	43.1	0.841
Regular fruits		45.2	37.5	33.0	48.0	40.8	32.8	***49.4	38.8	31.6	0.447
Regular vegetables		*27.7	25.2	*24.2	**27.7	22.2	20.9	***29.3	24.0	21.7	0.127
Weekly drinking		3.0	*6.9	26.5	**3.5	**9.3	28.2	2.3	7.4	26.7	0.094
Drunkenness at the age of 13 or younger		/	/	16.1	/	/	**14.2	/	/	17.3	0.226

Legend/Legenda: % - percentage/odstotek; p - statistical significance/statistična značilnost

*Statistically significant differences between 2002 and 2006/Statistično značilne razlike med 2002 in 2006; ** Statistically significant differences between 2006 and 2010/Statistično značilne razlike med 2006 in 2010; ***Statistically significant differences between 2002 and 2010/Statistično značilne razlike med 2002 in 2010

- decrease in the use of tobacco products among adolescents (ever smoking, weekly smoking), which is almost exclusively a consequence of favourable changes in the first half of the decade. In the second half of the decade, practically no changes

in the frequency of smoking were observed, with the exception of an increase in the proportion of smokers among 15-year-old girls and a decline in the proportion of 15-year-olds with early smoking initiation;

- decrease in cannabis use among 15-year-olds, which is exclusively a consequence of favourable changes in the first half of the last decade;
- decrease in the proportion of adolescents who were victims of bullying, as a result of decrease in 11- and 13-year-olds but not 15-year-olds;
- decrease in the proportion of adolescents who rate their health as poor. The proportion has decreased in girls and in the 11- and 15-year-old age groups;
- decrease in the proportion of adolescents who regularly experience psychosomatic symptoms;
- decrease in the proportion of dietary behaviour in total (not among different age groups), especially in girls, while among boys, an increase was observed.

No significant changes from 2002 to 2010

In the last decade, no changes were observed among Slovenian adolescents in Table 2:

- rare consumption of sweets and sugar-sweetened beverages (once a week or less frequently), with the exception of 15-year-old girls, where a decrease in rare consumption of sweets was observed;
- share of 15-year-old boys that already had sexual intercourse, while the share increased in 15-year-old girls;
- extent of fighting, but not in all age groups, extent of fighting is increasing among 13-year-olds and decreasing among 11-year-olds;
- self-rated life satisfaction, except in girls, where an increase in the proportion of those who report high satisfaction was observed;
- number of individuals injured (with the exception of 13-year-olds, where the trend is unfavourable);
- regular consumption of fruit and vegetables (with the exception of 11-year-olds, where the trend is favourable)

- weekly drinking and drunkenness at the age of 13 or younger.

Unfavourable trends were observed in Table 3:

- regular physical activity. It is to be noted that a decrease also occurred in groups for which the highest proportions were observed in the past, i.e. in boys and 11-year-olds;
- proportion of girls who had experienced drunkenness, especially 15-year-olds. Among 15-year-olds, there was also an increase in the first drinking at the age of 13 or younger;
- proportion of adolescents bullying others, in both boys and girls. The increase is not present in all age groups but stands out in 13- and 15-year-olds.
- proportion of adolescents dissatisfied with school.

Discussion

The main challenges reflected in the findings of this study are related to different fields and aspects of adolescents' lives. Despite some favourable trends in the area of healthy lifestyle choices, infrequent breakfast consumption, infrequent vegetable and fruit consumption, frequent soft-drink consumption and decline in physical activity were noted. Slovenia is one of the few countries with organised mid-morning snacks for all pupils, and skipping breakfast is not as alarming as perhaps in some other countries with no mid-morning snack available. According to researches, skipping breakfast results in poor school performance and is related to a higher percentage of smoking, alcohol and drug use and a sedentary life-style (Keski-Rahkonen, et al., 2003; Basch, 2011).

Table 3: *Unfavourable trends in health behaviours among 11-, 13- and 15-year-olds*

Tabela 3: *Neugodni trendi v zdravjem povezanimi vedenji med 11-, 13- in 15-letniki*

Indicator	2002 (%)			2006 (%)			2010 (%)			Trend 2002- 2010 in 11-15 (p)	
	Age	11	13	15	11	13	15	11	13		15
Physical activity 1 h		*30.2	*19.8	16.3	23.1	**15.7	13.9	***25.5	20.1	15.4	0.023
Early alcohol consumption		/	/	*28.5	/	/	**40.7	/	/	***45.1	0.000
Bullying others at least twice in the past couple of months		* 4.5	* 5.6	5.9	6.1	8.9	** 6.9	5.0	*** 9.7	*** 8.7	0.000
Unsatisfied with school		*14.9	*31.9	*13.7	**24.0	**44.1	**18.7	***30.4	***52.1	***24.6	0.000

Legend/Legenda: % - percentage/odstotek; p - statistical significance/statistična značilnost

*Statistically significant differences between 2002 and 2006/Statistično značilne razlike med 2002 in 2006; ** Statistically significant differences between 2006 and 2010/Statistično značilne razlike med 2006 in 2010; ***Statistically significant differences between 2002 and 2010/Statistično značilne razlike med 2002 in 2010

Regular consumption of fruits and vegetables during adolescence is of great importance, because they contain substances necessary for growth and development that have an impact on the reduction of disease risk and improve health (Van Duyn & Pivonka, 2000). The consumption of sweet-drinks is also alarming, as they involve poor supply of essential nutrients and increase the risk of developing obesity and other chronic diseases. Regular physical activity is essential for both physical and mental health (Penedo & Dahn, 2005; Hallal, et al., 2006; Iannotti, et al., 2009) and is also related to school performance and obesity.

Various forms of risk behaviours are frequent in adolescence which is a period of trying out new roles and behaviours, pushing limits and gaining roles among peers. For some adolescents, risk behaviours are transitional, while for others they represent a long-lasting behaviour or behaviours with short and long-term consequences. Risk behaviours in the population represent a significant burden to society and individuals and contribute to inequalities in health and mortality. Our study shows that risk behaviours are present in significant proportions among adolescents in Slovenia, which is also confirmed by other studies (Hibell, et al., 2012). Proportions of adolescents engaging in risk behaviours increase with age (Currie, et al., 2012). Most of the indicators of risk behaviours were close or above the average of other countries. In the recent period, we do not record many favourable trends in risk behaviours among adolescents, which is confirmed also by other studies (Hibell, et al., 2012) and shows the need for prompt action, especially in the area of alcohol, tobacco and cannabis use. Special care is required in the field of alcohol use, especially early initiation and drunkenness among girls, bullying others and sexual behaviour. Early sexual activity, initiated while young people are still developing emotionally and cognitively, may increase the risk of unwanted and unplanned pregnancy or sexually transmitted infections. Negative outcomes related to sexual health can be reduced if we ensure that young people do not engage in sexual relationships before they are (developmentally, psychologically, etc.) ready to do so. Early implementation of comprehensive education on sex and relationships is recommended, as it is more likely to be effective if delivered before young people start sexual activity.

Alcohol use and drunkenness are, like in most other countries, culturally and socially acceptable behaviours, deeply rooted in the social forms of behaviour and socialising of all generations. Therefore, it is not surprising that it is also present in Slovenian children and young people. We should note that in the eyes of young people, risk behaviours are associated with many positive experiences such as pleasure, a feeling of relaxation, excitement and a sense of maturity and independence as well as courage and strength (Kolšek, 2000; Ramovš & Ramovš, 2007; Zalta, et al., 2008; Bajt

& Zorko, 2009), advertised also in the marketing of the relevant industry. It is of a great importance how our society, the government, people in the adolescents' environment and important adults (parents, teachers) prevent and respond to young peoples' risk behaviours, which measures are implemented to decrease engagement in risk behaviours and, where relevant, how effectively we ban or limit marketing activities of relevant industries.

The results also show that adolescents in Slovenia are mostly satisfied with their lives. The majority of them rate their health as good, they are relatively successful in coping with stressors and report fewer psychosomatic problems than their peers in other countries. These results are encouraging and uniquely difficult to explain. They may also reflect the fact that in 2010 the rate of poverty in Slovenia was still relatively low. On the one hand, compared to other segments of the population, the impact of the crisis and the adverse socio-economic circumstances are usually perceived subsequently by children and adolescents, and so these impacts will be stronger in the years to come. On the other hand, it is interesting that Slovenian adolescents feel more pressured by schoolwork compared to the average in other countries. That is related to expectations and requirements of parents and teachers and has an impact on the subjective perception of health, lower quality of life and liking school to a lesser degree (Vieno, et al., 2007).

The results of the study are not surprising and are a consequence not only of individual and national but especially global societal, social, family, professional, technological and other changes, causing not only new ways of thinking but also new value systems and ideals that will certainly be reflected in the following four-year survey's period. The survey findings can be generalised; their only limitation is that they do not include drop-outs, but as they are not very numerous in Slovenia, they would probably not significantly affect the presented results.

Conclusion

There are problematic issues and trends in the field of health related behaviour among adolescents in Slovenia, and we should strive to implement all necessary effective policies and programmes to improve their health. However, the health of adolescents is not only a matter of individuals or their closer environment (e.g. family, school) or of the health sector but a matter of the entire society, including all sectors that create the conditions, structures and environments that either support and strengthen the health of adolescents or not. Therefore, it is of great importance to establish mechanisms and structures at the governmental level for setting common priorities and goals in the field of health and well-being, monitoring the achievement of goals and assessing the measures in terms of their

impact on health and (in)equality in health among children and adolescents. In Slovenia, the relevant legislation, measures, strategies and programs that are in the process of adoption or already in force should be evaluated from the perspective of their impact on the health (physical and mental) of children and adolescents and reduction of inequalities.

Only those measures shall be adopted and put into effect, which have been proven to support healthy choices, healthy environments, equal conditions and opportunities for all. The relevant decisions, practice, or policy should cause no adverse impact and be cost-effective also in the long run. The implementation of measures and legislation must be subject to control, and appropriate actions must be taken in the event of violation.

Acknowledgment

We would like to thank the Ministry of Health for the financial support for the study.

Literature

Bajt, M. & Zorko, M., 2009. *Uživanje alkoholnih pijač med mladostniki: izsledki fokusnih skupin*. Available at: http://www.zdravjevsoli.si/attachments/article/173/fokusne%20porocilo_alkohol.pdf. [11. 3. 2012].

Basch, C.E., 2011. Breakfast and the achievement gap among urban minority youth. *The Journal of School Health*, 81(10), pp. 635–640. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00638.x> PMID:21923876

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., deLooze, M., Roberts, C., et al. eds., 2012. *Social determinants of health and well-being among young people: HBSC international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Hallal, P.C., Victora, C.G., Azevedo, M.R. & Wells, J.C., 2006. Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Medicine*, 36(12), pp. 1019–1030. <http://dx.doi.org/10.2165/00007256-200636120-00003> PMID:17123326

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et al., 2012. *The 2011 ESPAD report: substance use among students in 36 European countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. Available at: http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf [4. 5. 2013].

Iannotti, R.J., Janssen, I., Haug, E., Kololo, H., Annaheim, B., Borraccino, A. & HBSC Physical Activity Focus Group, 2009. Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. *International Journal of Public Health*, 54 Suppl 2, pp. 191–198. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-009-5410-z> PMID:19639256; PMCID:PMC2732761

Jeriček Klanšček, H., 2007. Predstavitev raziskave (namen, cilji, metode, vzorec). In: Jeriček Klanšček, H., Lavtar, D. & Pokrajac, T. eds. *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2006*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 11–18.

Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V. & Bajt, M. eds., 2013. *Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002–2010*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Koprivnikar, H., Pucelj, V., Bajt, M. & Zupanič, T. eds., 2011. *Neenakosti v zdravju in z zdravjem povezanih vedenjih slovenskih mladostnikov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 12–23.

Keski-Rahkonen, A., Kaprio, J., Rissanen, A., Virkkunen, M. & Rose, R.J., 2003. Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(7), pp. 842–853. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601618> PMID:12821884

Kolšek, M., 2000. *Pogostnost pitja alkohola in pивske navade osnovnošolcev v Sloveniji: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Moreno, L.A., González-Gross, M., Kersting, M., Molnár, D., de Henauw, S., Beghin, L., et al., 2008. Assessing, understanding and modifying nutritional status, eating habits and physical activity in European adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutrition*, 11(3), pp. 288–299. <http://dx.doi.org/10.1017/S1368980007000535> PMID:17617932

National Research Council and Institute of Medicine, 2004. *Children's health, the nation's wealth: assessing and improving child health: executive summary*. Committee on Evaluation of Children's Health. Board on Children, Youth and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.

Nixon, K. & McClain, J.A., 2010. Adolescence as a critical window for developing an alcohol use disorder: current findings in neuroscience. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(3), pp. 227–232. <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833864fe> PMID:20224404; PMCID:PMC3149806

- Penedo, F.J. & Dahn, J.R., 2005. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), pp. 189–193. <http://dx.doi.org/10.1097/00001504-200503000-00013> PMID:16639173
- Ramovš, J. & Ramovš, K., 2007. *Pitje mladih: raziskava o pitju alkohola med mladimi v luči antropoloških spoznanj o omamah in zasvojenostih*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Statistični urad Republike Slovenije, 2012. *Anketa o življenjskih pogojih, Slovenija, 2011 - začasni podatki*. Available at: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4810 [31. 8. 2012].
- Stergar, E., Scagnetti, N. & Pucelj, V., 2006. Metode dela. In: Stergar, E., Scagnetti, N., Pucelj, V. eds. *Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju: HBSC Slovenija 2002*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- Torsheim, T., Currie, C., Boyce, W., Kalnins, I., Overpeck, M. & Haugland, S., 2004. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science & Medicine*, 59(1), pp. 1–12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.032> PMID:15087138
- Ule, M., 2008. *Za vedno mladi?: socialna psihologija odraščanja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Ule, M., Kuhar, M. & Černelič-Kožar, S., 2003. *Kakovost življenja otrok in mladostnikov v Sloveniji: projektna naloga: študija osipništva v Sloveniji: zaključno poročilo*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Ule, M., Renner, T., Mencin-Čeplak, M. & Tivadar, B., 2000. *Socialna ranljivost mladih*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport, Urad Republike Slovenije za mladino; Šentilj: Aristej.
- Van Duyn, M.A. & Pivonka, E., 2000. Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional: selected literature. *Journal of the American Dietetic Association*, 100(12), pp. 1511–1521. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223\(00\)00420-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-8223(00)00420-X) PMID:11138444
- Vieno, A., Santinello, M., Pastore, M. & Perkins, D.D., 2007. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *American Journal of Community Psychology*, (1-2), pp. 177–190. <http://dx.doi.org/10.1007/s10464-007-9095-2> PMID:17437191
- World Health Organization, 2005. *The European Health Report 2005: public health action for healthier children and populations*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization, 2006. *Gaining health: the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization, 2010. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: Regional Office for Europe.
- Zalta, A., Kralj, A., Zorc, J., Lenarčič, B., Medarič, Z. & Simčič, B., 2008. *Mladi in alkohol v Sloveniji*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče Koper. Available at: <http://www.zrs.upr.si/media/uploads/files/Mladi%20in%20alkohol%20v%20Sloveniji.pdf> [20. 11. 2012].

Cite as/Citirajte kot:

Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Zorko, M. & Zupanič, T., 2014. Health behaviour of adolescents in Slovenia: main results from 2010 and trends from 2002–2010. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 21–29. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.14>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Komunikacija na delovnem mestu in njen vpliv na zdravje zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu

The influence of the workplace communication on the health of employees in public health institutions

Anita Štih, Marko Ferjan

Ključne besede: komunikacijska klima; javni zavod; zaposleni; zdravje

Key words: communication climate; public healthcare institution; employees; health

Anita Štih, viš. med. ses., univ. dipl. org., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana
Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
anita.stih@kclj.si

redni prof. dr. Marko Ferjan,
univ. dipl. org., Fakulteta za
organizacijske vede Kranj,
Kidričeva 55 a, 4000 Kranj

IZVLEČEK

Uvod: Delovno okolje in medsebojni odnosi na delovnem mestu vplivajo na zdravje zaposlenih. V raziskavi smo želeli ugotoviti, kako percepcija komunikacijske in organizacijske klime ter zadovoljstvo s komuniciranjem in informiranjem pri delu vplivajo na zdravstveno stanje zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu.

Metode: Uporabljena je bila neeksperimentalna vzročna metoda raziskovanja. Instrument raziskave je bil strukturiran vprašalnik. Cronbachov koeficient alfa za neodvisno spremenljivko kakovost komuniciranja v organizaciji je znašal 0,830, za odvisno spremenljivko zdravstveno stanje zaposlenih pa 0,607. V raziskavo je bila vključena celotna populacija zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu na ravni klinike. Anketiranje je potekalo v času od 11. aprila do 7. maja 2012. Priložnostno je bilo razdeljenih 455 vprašalnikov, realizacija vzorca je bila 32,1 % ($n = 142$). Za testiranje hipoteze je bila uporabljena linearna regresijska analiza, metoda Enter.

Rezultati: Regresijski model je bil sprejemljiv, statistično značilen in primeren za interpretacijo ($F = 29,463$, $p = 0,000$), delež pojasnjene variance je znašal 17,1 %. Rezultati kažejo neposreden in statistično pomemben vpliv kakovosti komuniciranja v organizaciji na zdravstveno stanje zaposlenih ($\beta = -0,421$, $p = 0,000$).

Diskusija in zaključek: Dokazali smo, da komunikacija na delovnem mestu pomembno in statistično značilno vpliva na zdravje zaposlenih v zdravstvenem zavodu. Ta podatek prispeva k razvoju nadaljnjih raziskav na področju komunikacije zaposlenih na delovnem mestu v zdravstvu ter na področju vpliva komunikacije na zdravje zaposlenih.

ABSTRACT

Introduction: The workplace environment and relationships may have potential effects on the health of the employees. The aim of the present study was to determine to what extent the employees' perception of communication, transfer of information and organizational climate in public healthcare settings influence their health.

Methods: For this study, a non-experimental causal research method was employed. A structured survey questionnaire was used as a data collection instrument. The Cronbach alpha coefficient for independent variable of quality of communication in the organization was 0.830 and the dependent variable for the health status of employees was 0.607. The entire staff of the public healthcare institution were included in the study. The survey was conducted from April 11 to May 7, 2012. A total of 455 questionnaires were distributed, yielding a response rate of 32.1 % ($n = 142$). The hypothesis was tested by linear regression analysis, the Enter method.

Results: The regression model was appropriate, statistically significant and suitable for interpretation of the results ($F = 29.463$, $p = 0.000$), the percentage of variance explained was 17.1 %. The results indicate a direct correlation between the quality of communication in the organization and the health status of the employees ($\beta = -0.421$, $p = 0.000$).

Discussion and conclusion: Results of the study confirm the hypothesis that workplace communication significantly influences the health of employees. This health impact assessment presents an important reference tool to guide further research into workplace communication and the ensuing consequences on the health of the employees.

Članek je nastal na osnovi raziskave v okviru študija in priprave magistrskega dela Anite Štih *Komunikacijska klima v javnem zavodu*, na Fakulteti za organizacijske vede Univerze v Mariboru.

Prejeto/ Received: 12. 9. 2013
Sprejeto/ Accepted: 12. 2. 2014

Uvod

Zaposleni v delovnem okolju preživijo eno tretjino (ali celo več) svojega življenja (Petruša & Remec, 2010). Tako za delavca kot za delodajalca je pomembno, da je delavec zdrav. Če so delavci zdravi in zadovoljni, delajo več in bolje. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011) je bil v Republiki Sloveniji sprejet 24. maja 2011. S tem zakonom se določajo pravice in dolžnosti delodajalcev in delavcev v zvezi z varnim in zdravim delom ter ukrepi za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu.

Glede varnosti in zdravja pri delu v Sloveniji veljajo podobne zakonitosti kot za Evropo. Za javni sektor veljajo nekatere specifičnosti, ki izhajajo iz same narave dela. V javnem sektorju imajo večji vpliv medsebojni odnosi, odnosi v hierarhiji in pogosto slabše definirani organizacijski modeli, slabše definirani procesi dela, ter pristojnosti in odgovornosti posameznikov (Fourth European Working Conditions Survey, 2006; Gallie & Zhou, 2013).

Delovno okolje in medsebojni odnosi na delovnem mestu vplivajo na zdravje zaposlenih. Lahko povzročajo in ohranjajo bolezen, lahko pa ohranjajo ter spodbujajo zdravje (Petruša & Remec, 2010). V odnosih z drugimi poskušamo zadovoljevati svoje potrebe. To se odraža v komuniciranju (Boben Bardutzky, 2010). Stalni negativni vplivi v delovnem okolju pri delavcu lahko povzročijo nastanek psihosomatskih bolezni. Danes veljavna mednarodna klasifikacija bolezni psihosomatske bolezni opiše kot zdravstvene motnje, pri katerih domnevamo, da so psihološki ali vedenjski vplivi igrali pomembno vlogo v etiologiji telesnih motenj (Moravec – Berger, 2005).

Dodič Fikfak in Urdih Lazar (2011) navajata, da se danes od 3 do 5 % bruto družbenega proizvoda izgubi zaradi ekonomskih posledic nevarnega in nezdravega delovnega okolja. V Sloveniji vsak dan iz dela izostane od 38.500 do 39.000 zaposlenih (Vučković, 2010).

Znane so številne raziskave o vplivu psihosocialnih dejavnikov na počutje zaposlenih. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions - Eurofound objavlja podatke o raziskavah na področju izboljšanja življenjskih in delovnih razmerah so psihosocialna tveganja dominantna, še iz časa 4. in tudi kasneje 5. raziskave Eurofound. Že v času 4. raziskave o vplivu dela in delovnih razmer na zdravje in počutje delavcev so bila doživetja preobremenjenosti in stresa, ki so posledica vsiljenega ritma dela, pomanjkljive avtonomije pri delu, neurejenih medsebojnih odnosov, komunikacije, vzrok več kot polovici preobremenitev, ki so se tako ali drugače končale z bolniškim staležem (Fourth European Working Conditions Survey, 2006; Gallie & Zhou, 2013; Kampanja o ocenjevanju tveganja zaradi psihosocialnih obremenitev na delovnem mestu, 2013).

Namen in cilji

Namen in cilj naše raziskave je bil s pomočjo domače in tuje literature ter raziskave v bolnišničnem okolju med zaposlenimi celovito proučiti vpliv komunikacije na pogoje dela in zdravje zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu ter tako s pomočjo empirične raziskave proučiti značilnosti in razumevanje problematike v praksi. Zanimalo nas je predvsem, ali lahko dokažemo povezavo med kakovostjo komunikacije in zdravstvenim stanjem zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu, pri čemer smo želeli izmeriti dejavnik komuniciranja in smo zato ločeno merili različne vidike tega pojava.

Postavili smo hipotezo:

Kakovost komunikacije v javnem zdravstvenem zavodu pomembno vpliva na zdravstveno stanje zaposlenih.

Metode

Uporabili smo deskriptivno in neeksperimentalno vzročno metodo raziskovanja z uporabo strukturiranega vprašalnika. Podatke smo zbirali s tehniko anketiranja. Raziskava je bila izvedena v letu 2012.

Opis instrumenta

Uporabljen vprašalnik smo pripravili na osnovi dveh vprašalnikov, in sicer vprašalnika o zdravju pri delu ter vprašalnika o organizacijski klimi in zadovoljstvu zaposlenih, ki sta uporabljena v programu promocije zdravja v okviru projekta Čili za delo, ki ga izvaja Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ). Oba vprašalnika sta del internega gradiva KIMDPŠ. Projekt Čili za delo se je pričel izvajati leta 2005. Sofinancirata ga Evropska unija in Ministrstvo za šolstvo in šport (Urdih Lazar, 2010). Indikatorji za merjenje posameznih spremenljivk so bili oblikovani na podlagi petstopenjske Likertove lestvice. Vse neodvisne spremenljivke so merjene na intervalu od 1 do 5, kjer 1 pomeni najslabšo/najnižjo možno oceno in 5 najboljšo/najvišjo možno oceno. Navedeno ne drži le za glavno odvisno spremenljivko zdravstveno stanje zaposlenih, ki smo jo merili nekoliko drugače.

Zdravstveno stanje zaposlenih smo kot odvisno spremenljivko merili z desetimi indikatorji, in sicer so anketiranci podali osebno oceno zdravstvenega stanja (1 – odlično, 2 – dobro, 3 – srednje, 4 – slabo, 5 – zelo slabo), poleg tega smo preverili, ali se soočajo s katero od devetih najpogostejših zdravstvenih težav (1 – da, 0 – ne): bolečine v hrbtenici; bolečine v vratu in hrbtu; glavobol in migrena; težave s prebavili (prebavne motnje, napenjanje, slabost, zgaga, čir na želodcu, ipd.); bolezni srca in ožilja; holesterol; izguba teka ali pretirana ješčnost; pretirano kajenje, uživanje kofeina ali alkohola; duševne bolezni. Samooceno zdravja smo

prišteli k spremenljivki glede števila zdravstvenih težav, s katerimi se anketiranci spopadajo (ta ima razpon od 0, kar pomeni, da posameznik nima nobene od naštetih težav, do 9, kar pomeni, da ima vse težave, po katerih smo spraševali). Skupna spremenljivka ima tako zalogo vrednosti od 1, ki nakazuje najboljše možno zdravstveno stanje (samoocena odlično in 0 zdravstvenih težav), do 13, kar bi pomenilo zelo slabo zdravstveno stanje (najslabša možna samoocena in 9 zdravstvenih težav). Vrednost Cronbachovega koeficienta alfa za to spremenljivko je znašala 0,607.

Neodvisno spremenljivko smo izračunali iz štirih spremenljivk, ki pokrivajo različna področja komuniciranja v organizaciji, in iz samoocene zadovoljstva s komuniciranjem v organizaciji, in sicer: percepcija komunikacijske klime, splošno vzdušje v organizaciji, neformalno druženje zaposlenih, zadovoljstvo s komuniciranjem in informiranjem.

Percepcijo komunikacijske klime v organizaciji smo merili z 12 trditvami, ki pokrivajo različne ravni komunikacije (vertikalno in horizontalno) ter raznovrstne vsebinske vidike komunikacije (navodila za delo, dogajanje v podjetju, ton komunikacije, način komunikacije ipd.). Trditve, ki smo jih uporabili, so navedene v Tabeli 3. Rezultat faktorjske analize s temi 12 indikatorji je en faktor, ki pojasnjuje 53,371 % variance. Vse faktorjske uteži so bile visoke (vse vrednosti so nad 0,600), dosegli smo zelo visoko mero zanesljivosti (Cronbachov koeficient alfa znaša 0,930).

Za analizo splošne organizacijske klime smo pripravili nabor devetih indikatorjev, ki so s faktorjsko analizo razkrili dve dimenziji tega pojava, prvo smo glede na vsebino indikatorjev poimenovali »splošno vzdušje v organizaciji«, drugo pa »neformalno druženje zaposlenih«. Indikatorji za obe dimenziji so navedeni v Tabeli 4. S prvim faktorjem »splošno vzdušje v organizaciji« smo pojasnili 44,030 % variance, Cronbachov koeficient alfa je znašal 0,882. Rezultat faktorjske analize na drugem delu indikatorjev organizacijske klime je prav tako en faktor. Z izbranimi tremi indikatorji smo pojasnili 53,480 % variance, Cronbachov koeficient alfa je znašal 0,743.

Zadovoljstvo s komuniciranjem in informiranjem, ki prav tako nastopa kot neodvisna spremenljivka, s pomočjo katere smo sestavili skupno mero kakovosti komuniciranja, smo merili z naborom sedmih indikatorjev, ki so predstavljeni v Tabeli 5. Rezultat faktorjske analize je en faktor, z njim smo pojasnili 62,193 % variance, Cronbachov koeficient alfa je znašal 0,925, kar kaže na visoko zanesljivost uporabljene merske lestvice.

Navedene spremenljivke smo uporabili za izračun skupne neodvisne spremenljivke »kakovost komuniciranja v organizaciji«. Cronbachov koeficient alfa za skupno spremenljivko je znašal 0,830, podrobnejši rezultati faktorjske analize, s katero smo dodatno preverjali veljavnost tako sestavljene mere, so predstavljeni v Tabeli 6.

Opis vzorca

Anketiranje je potekalo na neverjetnostnem priložnostnem vzorcu. V raziskavo je bila vključena celotna populacija zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu na ravni klinike, ki opravljajo svoje delo v okviru zdravstvenih (hospital, ambulante ...) in nezdravstvenih dejavnosti (lekarna, kuhinja, transport ...) (Tabela 1). Razdelili smo 455 anketnih vprašalnikov, 142 anketnih vprašalnikov je bilo ustrezno izpolnjenih, kar pomeni, da smo dosegli 31,2% odzivnost. 87 % anketiranih so bile ženske, 13 % pa moški. Skoraj četrtina anketiranih je bila starih do 30 let, enak odstotek (23,9 %) jih je bil v starostnem razredu od 30 do 39 let. Starejših od 40 in mlajših od 50 let je 29,6 %, starih 50 in več je bila dobra petina (22,5 %). Največ anketiranih (51,4 %) je imelo končano štiriletno srednjo šolo, sledijo tisti s končanim visokošolskim strokovnim študijskim programom (22,5 %) ali univerzitetnim študijskim programom (12,0 %). Okrog 5 % sodelujočih v raziskavi je imelo podiplomsko izobrazbo (magisterij, specializacija, doktorat znanosti), podoben odstotek anketiranih je imelo višješolsko izobrazbo (4,9 %), medtem ko je takšnih s poklicno srednjo šolo ali še nižjo izobrazbo v vzorcu le nekaj. Glede na profil je 81,0 % anketirancev sodilo med zdravstvene delavce. Zdravstvenih sodelavcev je bilo 7 %, strokovnih sodelavcev pa 5,6 %. Vzorec predstavlja 31,2 % celotne populacije na kliniki ter 2 % celotne populacije na ravni javnega zdravstvenega zavoda.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo v času od 11. aprila do 7. maja 2012. Raziskavo so odobrili strokovni in poslovni direktor javnega zdravstvenega zavoda na ravni klinike ter glavna medicinska sestra. Sodelovanje zaposlenih v raziskavi je bilo prostovoljno in anonimno. K anketiranju so bili povabljeni vsi zaposleni na kliniki, ki so bili v času od 11. aprila do 7. maja 2012 prisotni na delu. Po zaključku anketiranja smo odgovore v vprašalniku vnesli v elektronsko bazo podatkov. S pomočjo programa SPSS 17.0 smo izvedli vse analize in obdelavo podatkov. Poleg univariatne analize uporabljenih indikatorjev, za katere smo izračunali opisno statistiko (frekvence, odstotke, povprečne vrednosti, standardne odklone), smo pred izvedbo dodatnih analiz in testiranjem hipoteze v skladu z načeli pozitivne metodologije z ustreznimi metodami preverili zanesljivost in veljavnost mer raziskovanih pojavov in se tako prepričali o ustreznosti izbranih indikatorjev (faktorjska analiza (PAF), Cronbachov koeficient alfa). Hipotezo smo testirali z linearno regresijsko analizo, metoda Enter, s pomočjo katere smo ugotavljali vpliv neodvisne spremenljivke na odvisno.

Tabela 1: Primerjava podatkov o vzorcu in celotni raziskovani populaciji
 Table 1: Comparison of the sample and the entire study population

Demografski podatki	Značilnost	Vzorec		Populacija na ravni klinike
		f	%	%
Spol	ženski	123	86,6	86,5
	moški	18	12,7	13,5
	brez odgovora	1	0,7	/
	skupaj	142	100,0	100,0
Starost	do 30 let	34	23,9	22,0
	od 30 do 39 let	34	23,9	40,0
	od 40 do 49 let	42	29,6	23,2
	50 let ali več	32	22,5	14,8
	skupaj	142	100,0	100,0
Zaključena izobrazba	OŠ ali manj	1	0,7	5,7
	2- ali 3-letna srednja šola	3	2,1	2,9
	4-letna srednja šola	73	51,4	45,8
	višješolski študij	7	4,9	2,9
	visokošolski študij	32	22,5	12,4
	univerziteni študij	17	12,0	17,7
	magisterij, specializacija	4	2,8	6,8
	doktorat znanosti	5	3,5	5,8
Profil zaposlenega	skupaj	142	100,0	100,0
	zdravstveni delavec	115	81,0	70,6
	zdravstveni sodelavec	10	7,0	11,6
	strokovni sodelavec	8	5,6	1,4
	drugo	8	5,6	16,4
	brez odgovora	1	0,7	/
	skupaj	142	100,0	100,0

Legenda/Legend: f – frekvenca/frequency; % – strukturni odstotek/structural percent

Rezultati

Tabela 2 predstavlja zdravstveno stanje zaposlenih. Večina anketirancev je mnenja, da je njihovo zdravstveno stanje dobro (50,7 %) ali zelo dobro (19 %). 25,4 % je izbralo srednjo, nevtralno oceno, zelo malo pa jih meni, da je njihovo zdravstveno stanje slabo oz. zelo slabo (skupno 2,8 %). Povprečna ocena ustreza oceni 4 – dobro ($\bar{x} = 3,86$). Največ anketiranih poroča o bolečinah v hrbtenici (40,8 %), v vratu oz. hrbtu (40,8 %) in o glavobolih ali migrenah (40,1 %). Med zaposlenimi so še pogostejše težave s prebavili, o tem poroča dobra četrtina vseh vprašanih (26,8 %), preostale zdravstvene težave so redkeje prisotne med anketiranimi v raziskovani organizaciji. V povprečju se en anketiranec sooča z dvema zdravstvenima težavama. Iz teh dveh spremenljivk (samoocena zdravstvenega stanja, število zdravstvenih težav) smo kot seštevek dobili skupno spremenljivko »zdravstveno stanje zaposlenih«. Povprečna vrednost skupne spremenljivke nakazuje, da je zdravstveno stanje zaposlenih srednje dobro ($\bar{x} = 4,10$).

Med vsemi ocenjevanimi dejavniki komunikacijske klime (Tabela 3) so anketiranci v povprečju najbolj zadovoljni z načinom komuniciranja s sodelavci, najvišjo povprečno oceno zabeležimo pri trditvi, da sodelavci prisluhnejo zaposlenim, ki želijo kaj povedati ($\bar{x} = 3,81$). Med ocenama 3 in 4 se nahajajo še trditve o tem, da imajo zaposleni dovolj informacij za dobro opravljanje dela ($\bar{x} = 3,40$), da je komunikacija v organizaciji prijateljska in sproščena ($\bar{x} = 3,36$) ter da vodilni prisluhnejo zaposlenim, ko ti želijo kaj povedati ($\bar{x} = 3,35$). Povprečne vrednosti za preostale trditve so okrog ocene 3 ali nekaj pod njo. Izračunana skupna povprečna ocena znaša $\bar{x} = 3,22$, zato lahko sklenemo, da anketiranci komunikacijsko klimo v organizaciji zaznavajo kot srednje dobro.

Rezultati ocen devetih indikatorjev, na podlagi katerih smo merili splošno organizacijsko klimo, so predstavljeni v Tabeli 4. Med vsemi ocenjevanimi trditvami se anketiranci v povprečju najbolj strinjajo s trditvami, ki so povezane z odnosom s sodelavci. Najvišjo povprečno oceno zabeležimo pri trditvi, da se s sodelavci pogovarjajo tudi o osebnih stvareh

Tabela 2: Zdravstveno stanje – ocene indikatorjev in skupne spremenljivke

Table 2: Health status – estimates of indicators and calculated variable

Spremenljivke	Ocenjevalni dejavniki	F	%	\bar{x}	s
SAMOOCENA LASTNEGA ZDRAVSTVENEGA STANJA: Kako vi osebno ocenjujete vaše zdravstveno stanje?	zelo slabo	2	1,4	3,86	0,791
	slabo	2	1,4		
	srednje	36	25,4		
	dobro	72	50,7		
	odlično	27	19,0		
	brez odgovora	3	2,1		
	skupaj	142	100,0		
ŠTEVILO ZDRAVSTVENIH TEŽAV: Ali se soočate s katero od naštetih težav? (možnih je več odgovorov)	bolečine v hrbtenici	58	40,8	1,92	1,616
	bolečine v vratu in hrbtu	58	40,8		
	glavobol ali migrena	57	40,1		
	težave s prebavili	38	26,8		
	bolezni srca in ožilja	19	13,4		
	holesterol	15	10,6		
	izguba teka ali pretirana ješčost	15	10,6		
	pretirano kajenje, uživanje kofeina ali alkohola	10	7,0		
	duševne bolezni	3	2,1		
	ZDRAVSTVENO STANJE ZAPOSLENIH				

Legenda/Legend: F – frekvenca/frequency; % – strukturni odstotek/structural percent; \bar{x} – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation

Tabela 3: Percepcija komunikacijske klime – ocene indikatorjev in skupne spremenljivke

Table 3: Perception of communication climate – estimates of indicators and calculated variable

Ocenjevalne trditve	n	\bar{x}	s
Komunikacija v naši organizaciji je prijateljska in sproščena.	138	3,36	0,844
Informacije so zaposlenim vedno predstavljene na jasn in razumljiv način.	139	3,31	0,769
O tem, kaj se dogaja v drugih oddelkih naše organizacije, zaposleni dobimo dovolj informacij.	139	2,56	0,877
Zaposleni imamo dovolj informacij za dobro opravljanje svojega dela.	138	3,40	0,824
Na sestankih vsi zaposleni aktivno sodelujemo.	139	3,18	0,972
Zaposleni si upamo odkrito povedati svoje mnenje.	139	3,27	1,006
Zaposleni smo dobro seznanjeni z večjimi spremembami v organizaciji.	139	3,12	0,877
Pretok informacij od vodstva do zaposlenih je dovolj hiter.	139	3,04	0,900
Pretok informacij od zaposlenih do vodstva je dovolj hiter.	137	3,17	0,836
Sporočilom vodstva o razmerah v naši organizaciji zaposleni popolnoma zaupamo.	138	3,15	0,810
Sodelavci prisluhnemo drugim, ko želijo kaj povedati.	138	3,81	0,740
Vodilni prisluhnejo zaposlenim, ko želijo kaj povedati.	139	3,35	1,005
PERCEPCIJA KOMUNIKACIJSKE KLIME	139	3,22	0,657

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

($\bar{x} = 3,77$), tudi glede skupnega praznovanja rojstnih dni sodelavcev ($\bar{x} = 3,71$) in pozdravljanja na hodnikih ($\bar{x} = 3,57$) sta povprečni oceni blizu oceni 4. Nekoliko nad povprečno oceno 3 se nahajajo še trditve o tem, da med zaposlenimi vlada pozitivno vzdušje ($\bar{x} = 3,30$), da različni oddelki dobro sodelujejo med seboj ($\bar{x} = 3,29$) in da zaposleni v organizaciji niso samo številke ($\bar{x} = 3,25$). Povprečne vrednosti za preostale trditve so okrog ocene 3. Rezultat faktorjske

analize s tem naborom spremenljivk sta dva faktorja, ki indikatorje vsebinsko razdelita v dve skupini, prvo smo glede na vsebino indikatorjev poimenovali »splošno vzdušje v organizaciji« ($\bar{x} = 3,48$), drugo pa »neformalno druženje zaposlenih« ($\bar{x} = 2,88$).

Podrobneje nas je zanimalo še zadovoljstvo z različnimi področji, ki so povezani z informiranjem in komuniciranjem znotraj raziskovane organizacije (Tabela 5). V povprečju so anketiranci najbolj

Tabela 4: Organizacijska klima – ocene indikatorjev in skupnih spremenljivk
 Table 4: Organization climate - estimates of indicators and calculated variables

Ocenjevalne trditve	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>
Sodelavci se med sabo pogovarjamo tudi o osebnih stvareh.	137	3,77	0,717
V našem oddelku praznujemo rojstne dneve sodelavcev.	137	3,71	0,876
Na hodnikih se vsi pozdravljamo med seboj.	138	3,57	0,904
Med zaposlenimi v naši organizaciji vlada pozitivno vzdušje.	138	3,30	0,891
Različni oddelki v naši organizaciji dobro sodelujejo med seboj.	136	3,29	0,797
Zaposleni v naši organizaciji nismo samo številke.	136	3,25	0,994
SPLOŠNO VZDUŠJE V ORGANIZACIJI	138	3,48	0,625
V naši organizaciji se spomnijo na okrogle obletnice delovne dobe.	136	3,06	1,134
Na družabnih dogodkih se vsi družimo med seboj, ne glede na položaj v organizaciji.	138	2,92	1,040
V naši organizaciji so pogosto organizirani dogodki, na katerih se zaposleni družimo med seboj (novoletne zabave, športna srečanja, pikniki, izleti ...).	138	2,89	2,874
NEFORMALNO DRUŽENJE ZAPOSLENIH	138	2,88	0,880

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

zadovoljni s komunikacijo s sodelavci ($\bar{x} = 4,00$). Med boljše ocenjenimi na tem področju sta še komunikacija z nadrejenimi ($\bar{x} = 3,64$) in možnost izražanja lastnega mnenja ($\bar{x} = 3,45$). Vse ostale trditve so dosegle povprečno oceno nekoliko nad oceno 3. Iz osmih indikatorjev smo na podlagi povprečja izračunali skupno spremenljivko »zadovoljstvo s komuniciranjem in informiranostjo« ($\bar{x} = 3,46$).

Za preverjanje hipoteze, v kateri smo želeli proučiti neposredni vpliv med komunikacijo v javnem

Cronbachov koeficient alfa, ki znaša 0,830, nakazuje na ustrezno interno konsistentnost merjenega konstrukta.

V Tabeli 7 so predstavljeni rezultati regresijske analize, s katero smo preverjali vpliv neodvisne spremenljivke na odvisno in tako testirali našo hipotezo. Regresijski model je sprejemljiv in je statistično značilen. Z našo neodvisno spremenljivko smo pojasnili 17,1 % variance. Odstotek pojasnjene variance ni visok, ker na raziskovano odvisno spremenljivko zagotovo vplivajo tudi drugi dejavniki,

Tabela 5: Zadovoljstvo z informiranjem in komuniciranjem – ocene indikatorjev in skupnih spremenljivk
 Table 5: Satisfaction with information and communication – estimates of indicators and calculated variables

	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>
Komunikacija s sodelavci	140	4,00	0,730
Komunikacija z nadrejenimi	140	3,64	0,882
Možnost izražanja lastnega mnenja	140	3,45	0,947
Hitrost posredovanja informacij, ki so pomembne za opravljanje vašega dela	140	3,37	0,851
Obveščenost o zadevah, ki so pomembne za opravljanje vašega dela	140	3,36	0,866
Obveščenost o pomembnih dogodkih v vaši organizaciji	140	3,21	0,846
Hitrost posredovanja informacij o pomembnih dogodkih v vaši organizaciji	140	3,21	0,844
NEFORMALNO DRUŽENJE ZAPOSLENIH	140	3,46	0,695

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

zdravstvenem zavodu in zdravjem zaposlenih, smo na podlagi vseh spremenljivk, s katerimi smo merili različne vidike komunikacije, s pomočjo povprečja izračunali skupno spremenljivko, ki smo jo poimenovali »kakovost komuniciranja v organizaciji«. Predhodno smo seveda na podlagi štirih do sedaj predstavljenih spremenljivk izvedli faktorsko analizo (Tabela 6). Dobimo en faktor, s katerim pojasnimo kar 61,414 % variance, vse faktorske uteži so visoke in tudi

ki pa niso bili predmet preučevanja te raziskave.

Povezava med spremenljivkama, ki jo razberemo iz vrednosti regresijskega koeficienta, je dokaj visoka ($\beta = -0,421$), stopnja tveganja pa je nižja od 0,01 ($p = 0,000$), torej o značilnosti povezave lahko sklepamo z veliko statistično gotovostjo. Sklenemo lahko, da kakovost komuniciranja v organizaciji značilno pozitivno vpliva na zdravstveno stanje zaposlenih. Povezava je sicer negativna, kar pomeni, da pri anketirancih, ki

Tabela 6: Indikatorji za kakovost komuniciranja v organizaciji – povzetek faktorске analize
 Table 6: Indicators for quality of communication in the organization – a summary of the factor analysis

Spremenljivke	Faktorske uteži – Faktor 1	% pojasnjene variance	Cronbachov α
Komunikacijska klima	0,909		
Splošno vzdušje v organizaciji	0,794	61,414	0,830
Neformalno druženje zaposlenih	0,527		
Zadovoljstvo s komuniciranjem in informiranostjo	0,849		

Testi zanesljivosti izvedbe faktorске analize: Kaiser-Meyer-Olkinov test ustreznosti vzorca:

0,763 / Bartletov test sferičnosti: $\chi^2 = 278,483$; $p = 0,000$

Test of reliability of execution of factor analysis: Kaiser-Meyer-Olkin test of adequacy of sample:

0,763 / Bartlet's test of sphericity: $\chi^2 = 278,483$; $p = 0,000$

Tabela 7: Testiranje hipoteze – povzetek rezultatov regresijske analize
 Table 7: Testing the hypothesis – a summary of the results of the regression analysis

	β	t	p
Kakovost komuniciranja v organizaciji	-0,421	-5,428	0,000

Legenda/Legend: β – standardizirani regresijski koeficient/standardized regression coefficient; t – vrednost statistike/value of t -statistics; p – vrednost signifikance/value of significance

Test zanesljivosti regresijskega modela: $F = 29,463$, $p = 0,000$

Delež pojasnjene variance: 17,1 %

bolj pozitivno ocenijo komuniciranje v organizaciji, beležimo nižjo vrednost pri zdravstvenem stanju, vendar moramo vedeti, da to pomeni, da je njihovo zdravstveno stanje bolje ocenjeno (pri spremenljivki, s katero smo merili zdravstveno stanje zaposlenih nižja ocena pomeni boljše zdravstveno stanje in višja slabše). Našo hipotezo s tem lahko potrdimo in trdimo, da smo uspeli dokazati vpliv kakovosti komuniciranja v organizaciji na zdravstveno stanje zaposlenih.

Diskusija

Komunikacija je ena izmed številnih psihosocialnih dejavnikov, ki vplivajo na delavce na delovnem mestu. Najpogosteje je proučevana v okviru medsebojnih odnosov ter pojava stresa na delovnem mestu.

V naši raziskavi nas je zanimalo, ali kakovost komunikacije vpliva na zdravje zaposlenih. Zato smo proučevali več različnih vidikov komunikacije. Vse neodvisne spremenljivke, ki smo jih proučevali, smo na koncu združili v skupno spremenljivko kakovost komuniciranja v organizaciji. Kakovost komuniciranja v organizaciji je zajemala kot prvo spremenljivko percepcijo komunikacijske klime. V raziskavi smo ugotovili, da so zaposleni najbolj zadovoljni z načinom komuniciranja med sodelavci, najmanj pa z obveščenoostjo o tem, kaj se dogaja na drugih enotah na kliniki. Poleg percepcije komunikacijske klime smo kot drugo in tretjo spremenljivko kakovosti komuniciranja v organizaciji proučevali organizacijsko klimo. Tukaj smo merili dve spremenljivki, in sicer

splošno vzdušje v organizaciji in neformalno druženje zaposlenih. Ugotovili smo, da so zaposleni v povprečju bolj zadovoljni s splošnim vzdušjem v organizaciji (odnosi med zaposlenimi) kot z neformalnim druženjem zaposlenih, ki ga organizira klinika. Kot četrto spremenljivko kakovosti komuniciranja v organizaciji smo proučevali zadovoljstvo z informiranjem in komuniciranjem v organizaciji, kjer rezultati jasno prikažejo, da so zaposleni zelo zadovoljni s komuniciranjem s sodelavci, medtem ko so manj zadovoljni z obveščenoostjo o pomembnih dogodkih v organizaciji in s hitrostjo posredovanja informacij o pomembnih dogodkih na kliniki. Kljub temu da so zaposleni manj zadovoljni z obveščenoostjo o pomembnih dogodkih v organizaciji, je presenetljiv podatek, da zaposleni ocenijo komunikacijo z nadrejenimi kot dobro ($\bar{x} = 3,64$), podobno ocenijo tudi možnost izražanja lastnega mnenja ($\bar{x} = 3,45$).

Na osnovi analize rezultatov ugotovimo, da so na splošno zaposleni bolj zadovoljni z medsebojnimi odnosi in nekoliko manj zadovoljni z odnosi z nadrejenimi oz. podrejenimi. Prav tako lahko rečemo, da so zaposleni bolj zadovoljni z neformalno (medsebojno) kot s formalno komunikacijo.

Aarons in Sawitzky (2006) sta na podlagi rezultatov raziskave, izvedene v zdravstveni organizaciji, ugotovila, da imajo delovni odnosi in vedenje vodij najpomembnejši vpliv na organizacijsko klimo, le-ta pa na uspešnost organizacije. Skela Savič (2007) in Yazbeck (2004) ugotavljata, da prav hierarhija in moč vodje v bolnišnicah predstavljata oviro za uspešno

komuniciranje. Podobno navaja Lorber (2009), da so zadovoljni in uspešni zaposleni posledica dobre organizacijske klime. Zanimiva je tudi ugotovitev, ki jo navajata Lorber in Skela Savič (2011a), da vodje pri sprejemanju odločitev ter predlogov sodelavcev ne upoštevajo oz. jih slabo upoštevajo. Dejansko predloge zaposlenih upoštevajo celo manj, kot menijo zaposleni sami. Zidar in Gale (2004) ugotavljata, da dobro razvite spretnosti komuniciranja vodje pripomorejo k večji storilnosti in zadovoljstvu na delovnem mestu. Zavedati se je treba, da lahko vodja s svojo komunikacijo vpliva na vedenje zaposlenih in ga tudi spreminja. Lorber in Skela Savič (2011b) v svoji raziskavi o konfliktih v zdravstveni negi navajata, da se vodje v največji meri poslužujejo dogovora, kompromisa in prilagajanja, kljub temu pa ugotavljajo, da se nekateri vodje še vedno konfliktom izogibajo ali pri reševanju uporabijo prevladovanje in osebno moč.

Na osnovi vseh teh podatkov lahko sklenemo, da je formalna komunikacija v organizaciji tista, ki vpliva na slabše počutje zaposlenih na delovnem mestu in obratno, da je neformalna komunikacija tista, ki vpliva na boljše počutje zaposlenih.

Odvisno spremenljivko smo merili s samooceno lastnega zdravstvenega stanja ter s številom zdravstvenih težav zaposlenih. Zaposleni so v povprečju svoje lastno zdravstveno stanje ocenili z dobro.

Na podlagi vseh izračunov ugotovimo in zaključimo, da kakovost komuniciranja v organizaciji pomembno vpliva na zdravje zaposlenih. Odstotek pojasnjene variance ni visok. Razlog je v tem, da na zdravje zaposlenih poleg kakovost komuniciranja v organizaciji zagotovo vplivajo tudi drugi dejavniki (življenjski slog, vedenjski načini, življenjske razmere kot zunanji dejavniki ter čustva, mišljenje, hormonski odziv kot notranji dejavniki).

Pomen dobre komunikacije v povezavi z zdravim delovnim okoljem navajata tudi Vaughan in Slinger (2013) v svojem poročilu s prve konference raziskovalnega tima zdravstvene nege, ki je potekala v marcu leta 2012 v Kanadi (first Southern Ontario Nursing Resource Team Conference - SONRTC). Na konferenci je bilo izpostavljeno zdravo delovno okolje. V okviru tega so sposobnost dobre komunikacije proučevali kot samostojen kazalec v raziskavi, ki jo je izvedlo združenje American Association of Critical Care Nurses. Rezultati jasno kažejo, da komunikacija vpliva na zdravo delovno okolje. Posledično lahko sklepamo, da sposobnost komunikacije vpliva tudi na zdravje zaposlenih.

Prav tako tudi Heath in sodelavca (2004) pri pregledu uveljavljene literature s področja zdravega delovnega okolja navajajo, da je komunikacija na delovnem mestu ena od treh osnovnih kriterijev, ki vplivajo na zdravo delovno okolje. Poleg komunikacije so proučevali še medsebojno sodelovanje in odločanje.

Glede na to, da smo v raziskavi ugotovili, da

je komunikacija na delovnem mestu pomemben dejavnik, ki vpliva na zdravje zaposlenih, bi bilo prav, da bi natančneje raziskali ne samo področje zunanjih dejavnikov, ki vplivajo na zdravje zaposlenih, temveč tudi področje notranjih dejavnikov. V telesu vsakega posameznika se v procesu komunikacije dogajajo številne reakcije in odzivi (npr. čustveni, miselni, hormonski odziv). Zato raziskovanje notranjih dejavnikov in njihovega vpliva lahko predstavlja pomemben izziv za nadaljnje raziskave na tem področju.

Prav bi bilo, da bi na osnovi dobljenih rezultatov v javnem zdravstvenem zavodu izdelali izobraževalni model za zaposlene na področju razumevanja notranjih dejavnikov, ki pomembno vplivajo na zaznavanje in interpretacijo informacij v procesu komunikacije. Pri pregledovanju literature smo ugotovili, da je Strength Deployment Inventory (SDI) eno izmed zelo dobrih orodij, ki se uporablja za samoanalizo posameznikov in njihovih notranjih dejavnikov ter osebno rast (Porter & Rollins, 1996).

Osebno rast pomeni širjenje našega zavedanja. Pomeni spoznavanje resnice o sebi, drugih in svetu, kar vpliva na spremembo odnosa do vsega. Zaposleni, ki jim je omogočena osebno rast, izboljšajo ključne odnose na delovnem mestu, povečajo socialne kompetence, prepoznajo motiviranost, ki vpliva na vedenje in nenazadnje zmanjšajo stres na delovnem mestu ter tako izboljšajo svoje zdravje (Kampanja o ocenjevanju tveganja zaradi psihosocialnih obremenitev na delovnem mestu, 2013).

Rezultati empirične neeksperimentalne vzročne metode prikazujejo, kako način komunikacije na delovnem mestu pomembno vpliva na zdravje zaposlenih. Na področju zdravja zaposlenih lahko rečemo, da naši rezultati sledijo sorodnim raziskavam (Heath, et al., 2004; Fourth European Working Conditions Survey, 2006; Gallie & Zhom, 2013; Kampanja o ocenjevanju tveganja zaradi psihosocialnih obremenitev na delovnem mestu, 2013; Vaughan & Slinger, 2013), ki proučujejo vpliv številnih različnih dejavnikov na delovnem mestu na zdravje zaposlenih.

Omejitev raziskave je v tem, da je vzorec priložnosten in da je raziskava opravljena samo na eni kliniki znotraj javnega zdravstvenega zavoda v Sloveniji. Vzorec prav tako ni reprezentativen za celotni javni zavod, vendar pa rezultati prispevajo k razumevanju raziskovalnega problema in kažejo na potrebo po nadaljnjem raziskovanju. Zagotovo bi bilo smiselno izvesti raziskavo na reprezentativnem vzorcu zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih po Sloveniji.

Zaključek

Z raziskavo smo jasno dokazali, da komunikacijska klima v organizaciji vpliva na zdravje zaposlenih, zato bi lahko to področje še dodatno proučili. Zagotovo bi se bilo treba poglobiti v zunanje, še intenzivneje pa v

notranje dejavnike vsakega posameznika.

V delovnih organizacijah bi morali večjo pozornost nameniti komunikaciji med zaposlenimi, tako neformalni kot formalni. Pomembno je, da se zaposleni dodatno izobražujejo na področju komunikacije. Predvsem bi se s področja komunikacije na delovnem mestu morali najprej izobraziti vsi zaposleni na vodilnih delovnih mestih, saj je komuniciranje z zaposlenimi ključno pri njihovem delu. Zaposleni bi morali biti že v začetku svoje zaposlitve seznanjeni z modeli, ki jih posamezne delovne organizacije uporabljajo, da se zaposleni na delovnem mestu bolje počutijo. Tak model je na primer Promocija zdravja na delovnem mestu. Potrebno bi bilo, da bi vsak posameznik že med rednim šolanjem osvojil širše znanje s področja komunikacijske klime ter da bi spoznal njen vpliv na zdravje zaposlenih na delovnem mestu. In nenazadnje bi v delovnih organizacijah morali vsakodnevno upoštevati, da je zdrav in zadovoljen delavec tisti, ki vpliva na večjo produktivnost in storilnost. Zato je naložba v dobro počutje delavca na delovnem mestu odločilna za uspešno delovanje delovne organizacije.

Literatura

- Aarons, G.A. & Sawitzky, A.C., 2006. Organizational climate partially mediates the effect of culture on work attitudes and staff turnover in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health*, 33(3), pp. 289–301. <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-006-0039-1> PMID:16544205; PMCID:PMC1564125
- Boben Bardutzky, D., 2010. Duševno zdravje zaposlenih. In: Kos, D. ed. *Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, pp. 34–37.
- Dodič Fikfak, M. & Urdih Lazar, T., 2011. Zdravi delavci – pozitivne številke poslovanja organizacij: raziskave kažejo, da se vlaganje v zdravje zaposlenih organizacijam splača. *Human Resource Management Magazine*, 9(40), pp. 20–22.
- Fourth European Working Conditions Survey*, 2006. European foundation for the improvement of living and working conditions. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, pp. 1–11.
- Gallie, D. & Zhou, Y., 2013. *Work organisation and employee involvement in Europe: a report based on the fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, pp. 23–65.
- Heath, J., Johanson, W. & Blake, N., 2004. Healthy work environments: a validation of the literature. *Journal of Nursing Administration*, 34(11), pp. 524–530. <http://dx.doi.org/10.1097/00005110-200411000-00009> PMID:15586074
- Kampanja o ocenjevanju tveganja zaradi psihosocialnih obremenitev na delovnem mestu*. (2013). Psihosocialna tveganja pri delu. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti; Inšpektorat RS za delo, Odbor višjih inšpektorjev za delo (SLIC). Available at: <http://www.zveza-dvis.si/arhivnovic/34-novice-zdvis/173-kampanja-o-ocenjevanju-tveganja-zaradi-psihosocialnih-bremen-na-delovnem-mestu.html> [30. 11. 2013].
- Lorber, M. & Skela Savič, B., 2011a. Odločanje in uporaba moči vodij v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 15–21.
- Lorber, M. & Skela Savič, B., 2011b. Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 247–252.
- Lorber, M., 2009. Organizacijska klima in element uspešnosti v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(1), pp. 13–20.
- Moravec - Berger, D. ed., 2005. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 357.
- Petruša, L. & Remec, M., 2010. Predstavitev projekta »V zdravju je moč: veselo na delo«. *Human Resource Management Magazine*, 8(38), pp. 70–73.
- Porter, E.H. & Rollins, M.L., 1996. *Relationship awareness theory: manual of administration and interpretation*. 9th ed. Carlsbad, CA: Personal Strengths Publishing, pp. 17–20.
- Skela Savič, B., 2007. *Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu: doktorska disertacija*. Kranj: Univerza v Mariboru, pp. 101–115.
- Urdih Lazar, T., 2010. Čili za delo tudi v UKCL. *Glasnik KIMDPS*, 4(1), pp. 44–45.
- Vaughan, L. & Slinger, T., 2013. Building a healthy work environment: a nursing resource team perspective. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 26(Spec. issue), pp. 70–77. <http://dx.doi.org/10.12927/cjnl.2013.23322>
- Vučković, R., 2010. Obvladovanje zdravstvenega absentizma – izziv za družbo. In: Kos, D. ed. *Zdravstveni absentizem v Sloveniji: zbornik primerov iz prakse 14 slovenskih podjetij*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, pp. 10–20.

Yazbeck, A.-M., 2004. *Introducing clinical pathways in the Slovene hospital (clinical) setting: professional cultures and changes in organizational behavior: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.

Zidar Gale, T., 2004. *Medosebno komuniciranje na delovnem mestu: z osebnimi spremembami do boljših medosebnih odnosov*. Ljubljana: GV Izobraževanje, pp. 13–27.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), 2011. Uradni list Republike Slovenije št. 43/2011.

Citirajte kot/Cite as:

Štih, A. & Ferjan, M., 2014. Komunikacija na delovnem mestu in njen vpliv na zdravje zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1). pp. 30–39. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.9>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Aplikacija adaptacijskega modela Calliste Roy pri pacientu z rakom in s kronično bolečino

Application of Roy's adaptation model in cancer patient with chronic pain

Majda Čaušević, Jožica Ramsak Pajk

Ključne besede: teoretični model zdravstvene nege; Callista Roy; prilagoditev; rak; kronična bolečina

Key words: nursing models; Callista Roy; adaptation; cancer; chronic pain

Majda Čaušević, dipl. m. s., dipl. upr. org., Onkološki inštitut, Ambulanta za zdravljenje bolečine, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana.
Kontaktni e-naslov/ Correspondence e-mail: majda.causevic@gmail.com

viš. pred. mag. Jožica Ramsak Pajk, viš. med. ses., prof. zdr. vzg., Zdravstveni dom Ljubljana, Patronažno varstvo Črnuče, Primožičeva ul. 2, 1231 Ljubljana in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4271 Jesenice

Članek je nastal na osnovi seminarske naloge pri predmetu Teorija in praksa zdravstvene nege magistrskega študija zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice.

Prejeto/Received: 19. 7. 2013
Sprejeto/Accepted: 1. 2. 2014

IZVLEČEK

Uvod: Prilaganje je ključni dejavnik za uspešno soočenje posameznika s spremembami v svojem notranjem in zunanjem okolju. Z aktivnostmi zdravstvene nege medicinske sestre pomagajo zagotoviti potrebne vire za uspešnejši proces prilaganja. Avtorji v prispevku razpravljajo, ali bi teoretični model prilagoditve Calliste Roy ustrezal pri obravnavi in zdravstveni negi v enoti za zdravljenje bolečine.

Metode: Uporabljena je triangulacija metod pregleda literature in kvalitativne metode z raziskovalno tehniko kritičnega dogodka. Pregled literature je bil narejen v vzajemni bibliografsko-kataložni bazi COBIB.SI in Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Pridobljenih je bilo 165 zadetkov in uporabljenih 34 znanstvenih člankov ter 7 monografij. Kriteriji izbora so bili primarni viri Calliste Roy, dostopnost, relevantnost, kritična ponazoritev teoretičnega modela. Tehnika kritičnega dogodka v treh fazah opiše incident, ga analizira ter poda možne izide.

Rezultati: Adaptacijski model Calliste Roy je aplikativen, uporaben in v sedanjih situacijah se dobro dopolnjuje s štirinajstimi temeljnimi življenjskimi aktivnostmi po Virginii Henderson. Model daje možnost ocene tako fizičnega kot psihosocialnega stanja. Najpomembnejše prepoznane intervencije medicinske sestre, ki pripomorejo k prilagoditvenemu procesu pacienta, so psihosocialna podpora, učenje in svetovanje.

Diskusija in zaključek: Prednost obravnave pacienta z rakom in bolečino po izbranem modelu zdravstvene nege je v možnosti ocene stanja po vseh štirih ravneh prilaganja in v prikazu načrta zdravstvene nege. Pokazalo se je kot pozitivno, da medicinska sestra lahko s psihosocialno podporo in informiranjem vpliva na kakovost življenja pacienta. Pacient in družina se soočata s kronično boleznijo, načinom življenja in pomenom poznavanja ter nadzora bolečine.

ABSTRACT

Introduction: Adaptation is a key factor of individual's effective coping with changes in their internal and external environment. Through their activities nurses help assure the necessary resources for a more successful process of adaptation. The article discusses the suitability of the Callista Roy's Adaptation model when tending to patients in the pain relief unit.

Methods: The research was based on a triangulation of literature review and the critical incident technique (CIT) as the qualitative research data collection method. The literature was conducted using the union bibliographic/catalogue database COBIB.SI and the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). A total of 165 hits were obtained yielding to 34 scientific articles and 7 monographs used for the study purposes. The selection criteria were the primary sources by Callista Roy, accessibility, relevance, and the critical analysis of the model. The method of critically reflecting on an incident (CIT) involves three stages, namely, describing the incident and the context, analysing, and developing practice theory by considering how theory could be redeveloped as a result of the analysis.

Results: Roy's Adaptation model is one of the widely applied nursing models in nursing practice, the education and research which in the case of cancer patients naturally complements Virginia Henderson's Fourteen basic needs nursing theory. The model can be applied in the assessment of the patient's physical and psychosocial condition. Nurses can promote the adaptation process in each of the four adaptive modes by offering psychosocial support, health education and counseling.

Discussion and conclusion: The results of the current study confirm previous research related to the use of the Adaptation model of nursing in cancer patients. The model allows the assessment of the patient's condition on all four adaptation levels and planning of nursing interventions. By providing psychosocial support and information nurses can improve the quality of life and help the chronically ill patients and their families to cope with the changed daily life patterns and management of pain.

Uvod

Široka narava prilagajanja v teoretičnem modelu zdravstvene nege, poznanem tudi pod imenom adaptacijski model Roy (RAM), ki ga je razvila Callista Roy, omogoča prikaz prilagajanja in razvoj intervencij zdravstvene nege, ki temelji na holističnem in integriranem pristopu. Glede na interpretacijo človeka v RAM, se človek razume kot celotno bitje, ki se nenehno spreminja v interakciji z okoljem. Razume ga kot bio-psiho-socialno bitje, ki se nahaja v fizičnem svetu, vendar s širšo izkušnjo in zavedanjem kozmičnega sveta (McCurry, et al., 2009; Roy, 2011).

Prilagoditveni model Calliste Roy je v uporabi že 46 let. RAM ni le preстал preizkusa časovnega testa, marveč je prispeval k profesionalni tranziciji v zdravstveni negi (Raile Alligood, 2011). Razvoj številnih teorij srednjega obsega v zdravstveni negi, ki je bil izrazit v zadnjih 25 letih, temelji na RAM (Roy, 2011). RAM zagotavlja smernice za prakso zdravstvene nege, izobraževanje in raziskovanje. Obsežna uporaba modela po vsem svetu ter doseganje filozofskih in znanstvenih dosežkov s strani teoretikov sta prispevala znanje za prakso zdravstvene nege, ki je zasnovano ravno na tem teoretičnem modelu (Parker, 2006). Številne raziskave kažejo (Marriner-Tomey & Raile Alligood, 2006), da se je RAM uporabljal in testiral v zdravstveni negi pri različnih skupinah pacientov (starejši pacienti, pacienti s kroničnimi boleznimi, pacienti z rakom, mladostniki, novorojenci).

Ob pregledu literature lahko najdemo nekaj raziskav, kjer so teoretični model preizkusili v praksi. Yeh (2002) je preizkusila RAM na vzorcu 116 tajvanskih dečkov in deklic, obolelih za rakom. Testirala je dve trditvi Royeve. Prva trditev je, da okoljski dejavniki (resnost bolezni, starost, spol, razumevanje bolezni in komunikacija z drugimi) vplivajo na bio-psiho-socialne odzive (z zdravjem povezana kakovost življenja). Druga trditev je, da so štirje prilagoditveni načini med seboj povezani. Z uporabo modeliranja strukturne enačbe je raziskovalka odkrila, da resnost bolezni zagotavlja popolno ujemanje s fazo bolezni, laboratorijskimi vrednostmi in skupnim številom hospitalizacij. Čeprav ni popolnoma jasno, kako so bili fokalni in kontekstualni dražljaji določeni, je raziskava pokazala, da okoljski dejavniki vplivajo na bio-psiho-socialne odzive otrok, obolelih za rakom. Raziskava je pokazala medsebojno povezanost fiziološke ravni, samopodobe, medsebojne odvisnosti in funkcije vlog.

Tsai in sodelavci (2003) so iz RAM izpeljali teorijo o bolečini (ovrednotena kot srednje močna bolečina). V teoriji je kronična bolečina fokalni dražljaj, nezmožnost in socialna podpora sta kontekstualna dražljaja, starost in spol pa rezidualna. Zaznan vsakodnevni stres je proces spoprijemanja, depresija je spremenljivka, vidna v vseh štirih prilagoditvenih načinih. Večja kronična bolečina in nezmožnost sta bili povezani z večjim vsakodnevnim stresom, večja socialna

podpora pa je bila povezana z manjšim vsakodnevnim stresom. Te tri spremenljivke predstavljajo 35 % razlike v vsakodnevnem stresu. Večji vsakodnevni stres je pojasnil 35 % razlike v depresiji. Z raziskavo na vzorcu starejših ljudi z artritisom so ugotovili, da je vsakodnevni stres zelo pomemben dejavnik, ki vodi v depresijo.

Ashbaugh (2005) opisuje pomembnost kontinuiranega izobraževanja medicinskih sester o lažšanju akutne bolečine po operaciji. Ključni pojem za RAM pri oceni vedenja pacientov v procesu ocenjevanja bolečine je razumevanje procesa ocenjevanja bolečine in vpliv bolečine skozi štiri prilagoditvene ravni. Skozi izobraževanje pridobijo medicinske sestre razumevanje o tem, kako kognitivni (spoznavni) in regulativni (uravnalni) podsistem vplivata na proces prilagajanja na bolečino po operaciji. Informacije in zdravstveno vzgojni nasveti, ki jih pacient dobi s strani zdravstvenega delavca, mu pomagajo razumeti fiziologijo bolečine, spoznati razpoložljive možnosti zdravljenja in možnost sodelovanja pri odločanju. Informacije dajo pacientu in družini neko obliko zavestnega nadzora, kjer lažje razumejo neprijetne dogodke in morebiti ukrepajo, kar vpliva na njihovo dobro počutje (Maxwell, et al., 2001).

Starejši ljudje se soočajo s številnimi izzivi pri prilagajanju na staranje. S tem so povezane telesne funkcije, ki poudarjajo pomen razvijanja ukrepov za spodbujanje prilagajanja staranju, kot je na primer povečanje fizične aktivnosti pri starejših. Rogers in Keller (2009) opisujeta aplikacijo RAM pri razvoju programa in ukrepov za usmerjanje promocije zdravja pri pacientih z rakom z namenom povečevanja fizične aktivnosti in kakovosti življenja. V raziskavi avtorjev (Weinert, et al., 2008) na vzorcu podeželskih žensk srednjih let s kronično boleznijo so želeli potrditi dejstvo, da intervencije medicinskih sester, ki spodbujajo pozitivne psihosocialne odzive na kronično bolezen, izboljšuje kakovost življenja, spretnost v samoupravljanju z boleznijo in posledično uspešno prilagajanje kronični bolezni.

Avtorica številnih prispevkov in razprav Alison Tierney (1998) se je spraševala, ali so teoretični modeli še aktualni ali so zastareli. Modeli so orodje in odsev zdravstvene nege, ki se morajo razvijati, kajti le tako se razvija tudi znanost zdravstvene nege (Reed, 1995). Integracija modela v prakso zdravstvene nege bo okrepila filozofijo, profesijo kot disciplino, povezala teorijo in prakso ter širila znanje v stroki (McCurry, et al., 2009; Ramšak Pajk, 2013). Fawcett (2009) pravi, da je prvi korak pri raziskovanju ali uporabi modela v praksi razumevanje in natančno branje vsebine in smernic teoretičnega modela. Prispevek avtorjev Abu Shosha in Al Kalaldehy (2012) na osnovi analize 10 raziskav, pri katerih so uporabili RAM na različnih strokovnih področjih zdravstvene nege, prepozna v 8 raziskovalnih delih uporabno vrednost RAM. Prednost je v tem, da celostno obravnava posameznika in njegovo prilagajanje, pri tem pa razvija intervencije

zdravstvene nege kot odziv na prepoznane negovalne probleme z namenom spodbuditi k učinkoviti prilagoditvi na vplive in odnos z okoljem.

Teoretična izhodišča modela Calliste Roy

Callista Roy je opisala teoretični model zdravstvene nege, ki temelji na konceptu prilagoditve posameznika. Po njenih besedah se prilagoditev nanaša na proces in rezultat, s čimer razmišljajoči in čuteči posamezniki samostojno ali v skupinah uporabljajo polno zavest in sprejemajo odločitve, s katerimi se povežejo z ljudmi in okoljem (Roy & Andrews, 1999; Marriner-Tomey & Raile Alligood, 2006; Fawcett, 2009).

Znanstvene domneve za teoretični model so bile sprva zasnovane na Bertalanffyevih splošnih teorijah sistemov (Meleis, 2007). Prvo delo Royeve, ki človeka pojmuje kot sistem prilaganja, je slonelo na Helsonovi teoriji stopnje prilagoditve (Roy, 1970; Meleis, 2007). Kasneje, pod vplivom Ralpa Turnerja, profesorja sociologije, je razvila svojo obrazložitev koncepta samopodobe in funkcije vloge. Obstajajo vzporednice med seznamom konceptov fizioloških potreb, podsistemom vedenja Dorothy E. Johnson in temeljnimi življenjskimi aktivnostmi Virginie Henderson (Meleis, 2007).

Človek, tako posameznik kot družina ali pa skupina, so obravnavani kot holistični prilagoditveni sistemi s procesom spoprijemanja, ki skrbi za vzdrževanje prilaganja in spodbujanje sprememb posameznikov in okolja. Procesi spoprijemanja so za posameznike širše opisani v regulatorskih – regulativnih (avtomatsko odzivanje) in kognatorskih – kognitivnih (zavestno odzivanje, na osnovi presoje) podsistemih, za skupine pa v stabilizator in inovator podsistemih (Parker, 2006). Skozi procese spoprijemanja posamezniki kot holistični prilagoditveni sistemi komunicirajo z notranjim in zunanjim okoljem, spreminjajo okolje, le-to pa spreminja njih. Določen vidik notranjega okolja je stopnja prilagoditve. To ime zajema tri možna stanja življenjskega procesa človeškega prilagoditvenega sistema: celostno, kompenzacijsko in kompromitirano (Roy & Andrews, 1999).

Avtorica opisuje štiri kategorije za ocenjevanje vedenja, ki jih poimenuje »sistemi prilagoditve«. Prvotno so bile razvite za opisovanje oseb kot posameznikov, kasneje pa so jih razširili na skupine. To so fiziološke potrebe, samopodoba, funkcija vloge in medsebojna odvisnost (Roy & Andrews, 1999). Osrednje prepričanje RAM-a je, da prilagoditveni odzivi podpirajo zdravje, ki je definirano kot stanje, ter proces biti in postati integriran in celosten (Marriner-Tomey & Raile Alligood, 2006; Fawcett, 2009).

V nadaljevanju so opisani štirje koncepti človek, zdravje, okolje in zdravstvena nega, kot jih interpretira RAM. Glede na teorijo Roy je človek – bio-psiho-socialno bitje, prilagoditveni sistem in človeško bitje – v nenehnem stiku s spreminjajočim

se okoljem; zato se posameznik nenehno spreminja in se poskuša prilagoditi. Po besedah Roy so ljudje holistični, prilagoditveni sistemi. Kot prilagoditveni sistem je človeški sistem opisan kot celota z deli, ki namensko funkcionirajo kot celota. Človeški sistemi vključujejo ljudi kot posameznike ali v skupinah, ki zajemajo družine, organizacije, skupnosti in družbo kot celoto. Roy (Roy & Andrews, 1999) je osebo definirala kot glavno središče zdravstvene nege, prejemnika zdravstvene nege, živ, kompleksen, prilagoditveni sistem z notranjimi procesi (kognator in regulator), ki skrbijo za vzdrževanje prilagoditve v štirih prilagoditvenih načinih (fiziološka potreba, koncept samopodobe, funkcija vloge in neodvisnost). Ko se posameznik ne prilagaja pozitivno, se izkaže potreba po zdravstveni negi; vendar pa, ko posameznik doseže pozitivno vedenje, potrebe po zdravstveni negi nima več (Parker, 2006).

V svojih zgodnejših delih je Roy *zdravje* opazovala pri kontinuumu zdravje – bolezen od skrajno slabega zdravja do visoke stopnje dobrega zdravja (Brower & Baker, 1976). V zadnjih delih je osrednjo pozornost namenila bolj zdravju kot procesu, v katerem lahko zdravje in bolezen soobstajata (Roy, 2002). Kadar so mehanizmi za spoprijemanje s spremenjenimi okoliščinami neuspešni, nastopi bolezen. Zdravje izhaja iz človekovega nenehnega prilaganja. Ko se ljudje prilagodijo na dražljaje, se lahko odzovejo na druge dražljaje. Roy opisuje, da je zdrav posameznik tisti, katerega integriteta je bila zaščitena kot rezultat njegove sposobnosti prilagoditve. Bolezen je torej stanje ogrožene integritete, ki nastane kot rezultat nesposobnosti prilagoditve ali slabih odzivov na dražljaje (Hajdinjak & Meglič, 2012).

Po besedah Roy *okolje* vpliva na posameznika kot prilagoditveni sistem, ki zajema tako notranje kot tudi zunanje dejavnike. Ti dejavniki so lahko majhni ali veliki, negativni ali pozitivni. Kakor koli, okoljska sprememba zahteva veliko energije za prilagoditev situaciji. Faktorji v okolju, ki vplivajo na posameznika, so kategorizirani kot fokalni, kontekstualni in rezidualni dražljaji (Marriner-Tomey & Raile Alligood, 2006). Notranje in zunanje okolje sestavljajo vsi pojavi, ki obkrožajo človeški sistem prilaganja in vplivajo na njihov razvoj in vedenje. Posamezniki so v nenehnem stiku z okoljem in izmenjujejo informacije, snov in energijo; torej posamezniki vplivajo na okolje, le-to pa vpliva na njih. Okolje je vir dražljajev, ki ogrožajo ali spodbujajo posameznikov obstoj. Za preživetje se mora človeški sistem prilaganja odzvati pozitivno na dražljaj iz okolja. Prilagoditev spodbuja preživetje, rast, razmnoževanje, spoprijemanje in spremembo posameznikov in okolja. Roy definira zdravje kot stanje nastajanja integriranega in celostnega človeškega bitja (Marriner-Tomey & Raile Alligood, 2006).

Roy definira *zdravstveno nego* kot znanost in prakso, ki razširi sposobnost prilaganja in spodbuja spremembo posameznika in okolja.

Dejavnost zdravstvene nege enači z oceno vedenja in dražljajev, ki vplivajo na prilagoditev (Fawcett, 2009). Presoja zdravstvene nege temelji na oceni, aktivnosti pa so načrtovane za nadzor dražljajev. Cilj zdravstvene nege je po mnenju Roy »spodbujanje prilagajanja posameznikov in skupin v vsakem od štirih prilagoditvenih načinov in tako prispeva k zdravju, kakovosti življenja ter dostojni smrti« (McCurry, et al., 2009). Zdravstvena nega ima posebno vlogo kot posrednik v prilagajanju z ocenjevanjem vedenja v vsakem od teh štirih prilagoditvenih načinov, dejavnikov, ki vplivajo na prilagajanje, in s posegi, ki spodbujajo sposobnost prilagajanja ter spodbujajo stik z okoljem (Roy, 1997).

Namen in cilj

Namen prispevka je predstaviti in razpravljati o možnosti, da bi bil model Calliste Roy primernejši ali se dopolnjeval pri obravnavi pacienta z rakom in z bolečino v primerjavi z obstoječo teorijo in štirinajstimi življenjskimi aktivnostmi Virginie Henderson. Namen je tudi kritično predstaviti in opisati *teoretični model zdravstvene nege* Calliste Roy, izpostaviti štiri koncepte ter na osnovi kritičnega dogodka po šest stopenjskem procesu zdravstvene nege Calliste Roy podati specifično ter na dokazih podprto obravnavo z intervencijami in pričakovanimi izidi zdravstvene nege.

Metode

Pri izboru raziskovalnih metod smo uporabili triangulacijo. Najprej smo uporabili metodo pregleda literature, sledila je kvalitativna metoda dela z raziskovalno tehniko kritičnega dogodka (Schluter, et al., 2008). Za namen opisa in prikaza pojmov, povezav teorije Calliste Roy ter aplikativne vrednosti pri pacientih z rakom in bolečino je uporabljena deskriptivna raziskovalna metoda pregleda literature. Pregled literature je bil narejen v vzajemni bibliografsko-kataložni bazi COBIB. SI in Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Pregled literature je potekal od 1. 2. 2013 do 31. 3. 2013. Uporabili smo več ključnih besed v medsebojni kombinaciji, in sicer: adaptacijski model Roy in bolečina/Roy's adaptation model AND pain, adaptacijski model Roy in rak/Roy's adaptation model AND cancer ter kronična bolečina raka in zdravstvena nega/cancer chronic pain AND nursing. Dobili smo skupaj 165 zadetkov, od tega je bilo uporabljenih 34 člankov in 7 monografij. Kriteriji za izbor relevantne literature so bili prosta dostopnost celotnega besedila, raziskovalni znanstveni članki, letnice kot omejitve nismo uporabili. Kriterij je bil uporabiti primarne vire teoretičarke Calliste Roy in monografije drugih znanih teoretičark za namen kritičnega prikaza teoretičnega modela. Kot izjemo smo uporabili relevantne znanstvene članke starejšega datuma avtorjev, ki so v svojih raziskavah uporabili teoretični model Calliste Roy.

Opis kritičnega dogodka

Tehnika kritičnega dogodka zajema tri faze, in sicer (a) opiše dogodek in vse vpletene, (b) analizira dogodek in utemelji vse odločitve ter (c) analizira intervencije zdravstvene nege s pričakovanimi izidi. V prvi fazi predstavimo kritičen dogodek, ki je opisan po spominu in je za avtorja pomemben. Dogodek je izbran priložnostno in glede na delovno okolje. V zadnjih dveh fazah za namen prikaza obravnave sledimo procesni metodi dela v šestih korakih, kot ga je v svojem teoretičnem modelu zdravstvene nege predstavila Callista Roy, in vsako fazo podkrepimo z relevantno literaturo.

V članku je prikazana možnost aplikacije prilagoditvenega modela na proces zdravstvene nege pri pacientu z rakom, ki ima hude bolečine. Scenarij/incident prikazuje eno izmed pogostih situacij, ki jih srečujemo pri vsakdanjem delu v ambulanti za zdravljenje bolečine.

»Na enoto za terapijo bolečine na Onkološkem inštitutu je gospa pripeljala 65-letnega moža zaradi hudih bolečin. Gospod je imel napredujočo obliko raka. Med pogovorom z zdravstvenim osebjem je gospa povedala, da ima njen mož hude bolečine, motnje spanja, da je zelo utrujen in depresiven. Pacient je bil vidno prizadet. Medicinske sestre in zdravnica so opazile, da pacient in njegova žena nista bila dobro seznanjena s tem, kako lajšati bolečine ter kje poiskati pomoč v takem primeru. Opazili so, da je pacientova žena zelo utrujena in žalostna. Zdelo se je, da ima občutek nemoči.

Medicinska sestra je preverila pacientove vitalne funkcije. Pacient je izpolnil vprašalnik o bolečini in po pregledu pri zdravnici prejel recepte za zdravila in navodila, kako jemati zdravila. Dobila sta telefonsko številko ambulante za terapijo bolečine in informacije o tem, kako in kdaj poiskati pomoč.

Zdravnica je odredila kontrolni pregled čez en teden. Ko sta prišla na kontrolni pregled, sta povedala, da se je bolečina zmanjšala, pacient je bolje spal.

Še vedno je bil potr, njegova žena je bila še vedno zelo žalostna in utrujena. Medicinske sestre so predvidevale, da se par verjetno premalo ali sploh ne pogovarja o boleznih in njenih posledicah.«

Rezultati

RAM obravnava proces zdravstvene nege, ki ga Roy imenuje proces reševanja problemov. To dosežemo s pomočjo šeststopenjskega procesa zdravstvene nege: ocena vedenja, ocena dejavnikov vplivanja, negovalne diagnoze, določitev ciljev, intervencija in evalvacija (Masters, 2012). Negovalne intervencije so osredotočene na obvladovanje okoljskih dejavnikov s »spreminjanjem, naraščanjem, zmanjšanjem, odstranjevanjem ali ohranjanjem le-teh« (Roy, 1997).

Adaptacijski model je pristop k reševanju problemov za zbiranje in ugotavljanje podatkov,

ugotavljanje zmogljivosti in potreb posameznika po nekem prilagoditvenem sistemu; je izbira in izvajanje pristopov za zdravstveno nego in ocenjevanje izida intervencij zdravstvene nege (Fawcett, 2009). Ocenjevanje je sistematično in omogoča organiziran pregled pacientovih potreb (Meleis, 2007). Proces poteka v naslednjih korakih :

1. Ocena vedenja

Ocena pacientovega vedenja je ocena vedenja osebe na vseh štirih ravneh: v fiziološkem sistemu, sistemu samopodobe, sistemu funkcije vlog in sistemu medsebojne odvisnosti (Marriner-Tomey & Raile Alligood, 2006; McCurry, et al., 2009). Fiziološko-fizični prilagoditveni način se ukvarja z načinom človekove interakcije z okoljem skozi fiziološke procese, da bi zadostili potrebam (govorimo o petih potrebah, ki jih je treba zadovoljevati) po oksigenaciji, hrani, izločanju, gibanju in počitku ter varnosti. Prilagoditveni način identitete samopodobe se ukvarja s potrebo po spoznavanju, kdo človek je in kako se obnašati v družbi. Roy definira posameznikovo samopodobo kot »zmes prepričanj ali čustev, ki jih posameznik ima o sebi ob določenem času« (Roy & Andrews, 1999). Posameznikova samopodoba je sestavljena iz fizičnega jaza (telesni občutki in telesna podoba) in osebnega jaza (osebna doslednost, osebni ideal in moralno-etično-duhovni jaz). Prilagoditveni način funkcije vlog opisuje primarne, sekundarne in terciarne vloge, ki jih posameznik igra v družbi. Vloga opisuje pričakovanja o tem, kako se oseba obnaša do druge osebe. Prilagoditveni način medsebojne odvisnosti opisuje interakcijo med ljudmi v družbi. Glavna naloga prilagoditvenega načina medsebojne odvisnosti je, da ljudje dajejo in sprejemajo ljubezen, spoštovanje in se cenijo. Najpomembnejši deli sistema medsebojne odvisnosti so posameznikovi bližnji (zakonec, otrok, prijatelj ali bog) in njegov socialni podporni sistem. Pomembno je vedeti, kakšna je njegova soodvisnost v odnosih. Biti ljubljen in sprejet ter imeti ob sebi druge ljudi, so pomembni viri pozitivnih čustev (Pinquart & Frohlich, 2009). Cilj štirih prilagoditvenih načinov medsebojne odvisnosti je doseči fiziološko, psihološko in socialno celovitost (Marriner-Tomey & Raile Alligood, 2006). Študija (Skjutar & Müllersdorf, 2010) pri pacientih s kronično bolečino navaja, da so udeleženci izrazili potrebo po preoblikovanju samopodobe kot tudi potrebo po intervencijah, ki spodbujajo družabno življenje in usmerjajo paciente k iskanju lastnih virov moči.

Medicinska sestra opazuje pacienta, zbira informacije in ugotavlja, kakšna je njegova možnost prilagoditvenih načinov. Izpostavimo probleme, glede na njihovo prilagoditev. Oceni, da ima pacient hudo bolečino, ima moten spanec, je utrujen in depresiven. Na podlagi zbranih informacij ugotovi, da lahko pacienta uvrsti v fiziološko raven in raven medsebojne odvisnosti.

2. Ocena dražljajev

Drugi korak procesa zdravstvene nege vključuje identifikacijo notranjih in zunanjih dejavnikov, ki vplivajo na človekovo prilagoditveno vedenje. RAM opisuje tri tipe okoljskih dražljajev. Fokalni dražljaji so tisti, s katerim se posameznik najprej sooči in zahteva največ pozornosti in energije za prilagoditev. Kontekstualni so vsi ostali dražljaji, ki so prisotni v situaciji in pozitivno ali negativno prispevajo k moči fokalnega dražljaja. Rezidualni stimuli vplivajo na fokalne dražljaje, vendar pa njihovi učinki niso znani takoj. Ti trije tipi dražljajev skupaj tvorijo stopnjo prilagoditve. Prilagoditev se zgodi, ko se posameznik pozitivno odzove na okoljske spremembe. Ta prilagoditveni odziv spodbuja integriteto posameznika, ki vodi do zdravja v okviru kontinuuma zdravje – bolezen (Baldacchino, et al., 2013). Neučinkoviti odzivi na dražljaje predstavljajo oviro v integriteti posameznika (Roy, 1970, 1971).

Vloga medicinske sestre je prepoznati dražljaje in planirati intervencije, ki bodo ojačali ali spremenili prilagoditveni proces pri posamezniku (McCurry, et al., 2009). Roy želi, da medicinska sestra pozna človeka celovito (Fawcett, 2009).

Medicinska sestra oceni dejavnike za vedenja, ki jih razvrsti kot fokalne, kontekstualne ali rezidualne dražljaje. Fokalni dražljaji so v tem primeru rak, huda bolečina in pomanjkanje motivacije. Kontekstualni dražljaji so moteno spanje, izčrpanost ter pomanjkljive informacije o bolezni in zdravljenju. Kot rezidualni dražljaj bi v tem primeru lahko izpostavili socialno izoliranost. Nicholson (2009) opredeljuje socialno izolacijo kot sindrom ali asociacijo več prepoznavnih značilnosti, kar je podobno opredelitvi ostalih sindromov, kot so na primer metabolni sindromi. V nekaterih okoljih doživljajo rak kot stigmo. Stigmatizacija oseb, ki se štejejo za drugačne ali manjvredne, je globalni fenomen in se pojavlja v vseh kulturah (Phillips, 2011).

3. Določitev negovalnih diagnoz

V tem koraku medicinska sestra določi negovalno diagnozo o prilagoditvenem stanju osebe (Marriner-Tomey & Raile Alligood, 2006). Negovalna diagnoza je povezana s fiziološko ravno, saj ima pacient hude bolečine, zato mora medicinska sestra negovalno diagnozo osredotočiti na obvladovanje bolečine. Kronična bolečina je kompleksna. Ravno zaradi tega je težko razumeti potrebe pacienta, povezanih z bolečino (Skjutar & Müllersdorf, 2010). Negovalna diagnoza je povezana tudi z ravno medsebojne odvisnosti, saj pacient kaže pomanjkanje motivacije, depresijo, žalost in posledično povečano izčrpanost, moteno spanje in utrujenost. Büsing in sodelavci (2010) ugotavljajo, da večina pacientov s kronično boleznijo ni zmožna samostojno upravljati lajšanja bolečine. Pacienti se

težko distancirajo od negativnih občutkov, povezanih z bolečino, da bi lahko našli ustrezne načine prilagoditve na dolgotrajen potek bolezni. Avtorji menijo, da k temu pripomorejo vedenjsko kognitivne spremembe pri pacientu, v smislu spremenjenega pogleda na življenje, zavesti glede zdravja, fizične sposobnosti in pozitivnega razmišljanja.

4. Določitev ciljev – načrtovanje

Medicinska sestra zastavi cilje za spodbujanje prilagajanj. Z določanjem ciljev medicinska sestra jasno opredeli, kakšne spremembe pri pacientovem vedenju želi doseči s pomočjo intervencij zdravstvene nege (Roy & Andrews, 1999). Določanje ciljev poteka v medsebojnem sodelovanju med medicinsko sestro in pacientom, kadar je to možno (Marriner-Tomey & Raile Alligood, 2006). Medicinska sestra določi kratkoročne in dolgoročne cilje. V kratkoročnih ciljeh je opredeljeno pričakovano pacientovo vedenje ob prilagoditvi fokalnih, rezidualnih in kontekstualnih dražljajev. Prav tako je v teh ciljeh opredeljeno vedenje pacienta z vidika regulatornih in kognitivnih sposobnosti obvladovanja dražljajev (Hajdinjak & Meglič, 2012). Kot kratkoročne cilje za pacienta lahko opredelimo izboljšanje načinov za obvladovanje bolečine, izboljšanje spanja in zmanjšanje utrujenosti. Dolgoročni cilji odražajo razrešitev problemov pacientov pri prilagajanju, oziroma njihovo omilitev v največji možni meri (Fawcett, 2009). Za dolgoročni cilj pri pacientu lahko opredelimo pomoč medicinske sestre pacientu in njegovi ženi zgraditi socialno mrežo (npr. Društvo pacientov obolenih z rakom, Ambulanta za zdravljenje bolečine). Avtorji (Büssing, et al., 2010) poudarjajo, da je pacientovo prilagajanje na kronično bolečino dolgotrajen proces, ki vključuje tako kognitivne, vedenjske kot čustvene odzive.

5. Intervencije

Cilj intervencij zdravstvene nege je spodbujati prilagoditvene odzive posameznika, družine ali skupnosti (Fawcett, 2009). Ko se posameznik sooči z dražljaji iz okolja, se aktivirajo štirje med seboj povezani prilagoditveni načini vedenja, ki odražajo sposobnost prilagoditve in odziva posameznika (Bakan & Akyol, 2008). Medicinska sestra izpelje intervencije z namenom obvladovanja dražljajev za spodbujanje prilagajanja (Marriner-Tomey & Raile Alligood, 2006). Bolj ko se posameznik zaveda svojega stanja, zna prepoznati in obvladati bolečino ter je duhovno pomirjen, tem lažje sprejema diagnozo rak in življenje z bolečino (Dobratz, 2005). Skjutar in Müllersdorf (2010) v raziskavi ugotavljata potrebo po intervencijah na področju skrbi za socialne odnose, uživanju življenja in spodbujanju pacientov, da sami razvijejo načine za motivacijo.

Medicinska sestra bo za doseg ciljev priskrbel svetovanje o obvladovanju bolečine (dala recepte in navodila za jemanje zdravil), spanju in utrujenosti. V naslednji fazi, ko se bo bolečina zmanjšala, bo medicinska sestra izpeljala intervencije v sodelovanju s pacientom in pacientovimi svojci ter ostalimi udeleženci v socialni mreži (npr. patronažna služba, osebni zdravnik, hospic, Društvo onkoloških bolnikov). Ramini in sodelavci (2008) so v svoji raziskavi ugotovili, da druženje v skupini s podobnimi problemi in širjenje socialne mreže pomembno vpliva na prilagajanje in sprejemanje bolečine.

6. Evalvacija

Za uspešno spoprijemanje s kronično boleznijo, posamezniki poskušajo doseči ravnovesje med okoljskimi dejavniki in bio-psiho-socialnimi dejavniki ter duhovno dimenzijo. Če tega ravnotežja ni mogoče doseči in ohraniti, se posameznik ni sposoben spopasti s situacijo in se pokaže primanjkljaj v prilagajanju (Roy, 2002; Baldacchino, et al., 2013). Avtorji (Weinert, et al., 2008) navajajo, da posameznik s kronično boleznijo, ki se je sposoben prilagoditi trenutnemu zdravstvenemu stanju, lažje obvladuje situacijo in ima bolj kakovostno življenje.

V tem koraku procesa zdravstvene nege medicinska sestra oceni, ali so bili prilagoditveni cilji doseženi (Marriner-Tomey & Raile Alligood, 2006). Pričakovani rezultati se odražajo v spremenjenem ali prilagojenem vedenju pacienta v spremenjeni situaciji. Vrednoti se tudi, ali so bile intervencije zdravstvene nege učinkovite ter učinkovitost zdravstvene nege (Hajdinjak & Meglič, 2012). S pomočjo evalvacije bo medicinska sestra ugotovila pacientovo stanje glede bolečine, razpoloženja, spanja, izčrpanosti in socializacije. Tudi socialna izoliranost je merljiva. Nicholson (2009) meni, da je socialna izoliranost sindrom ali vedenje, ki ga lahko medicinska sestra ovrednoti. Če je rezultat še vedno neprilagojeno vedenje, je treba izvesti dodatno evalvacijo dejanj zdravstvene nege z razmislekom o drugačnem pristopu. Medicinska sestra ima v procesu obravnave zelo pomembno nalogo tako glede spremljanja doseženih ciljev kot v vrednotenju uspešnosti koordinacije z drugimi službami in združenji. Podobno navaja avtorica Chapman (2012) da je vloga medicinske sestre v obravnavi bolečine v okviru interdisciplinarnega tima ključna.

Diskusija

Pri pregledu literature lahko vidimo, da je teoretični model RAM globoko zasidran v praksi zdravstvene nege, kar v določeni meri prispeva k njegovemu neprekinjenemu uspehu (Roy, 2002). Ostaja eden najpogosteje uporabljenih konceptualnih okvirov za poučevanje zdravstvene nege tako na državni kot mednarodni ravni (Fawcett, 2005). Edinstven vidik

zdravstvene nege je razumevanje izkušenj pacientov za načrtovanje in zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege (Phillips, 2011). Cilj zdravstvene nege in teoretičnega modela je človekova prilagoditev na štirih prilagoditvenih ravneh v primeru zdravja in bolezni. Ko posameznik ne zmore več samostojne prilagoditve na spremembe iz okolja, potrebuje pomoč, ki mu jo kakovostno lahko zagotovi medicinska sestra, vendar le, če pozna njegove potrebe (McCurry, et al., 2009). Model zdravstvene nege opiše medicinsko sestro kot osebo, ki ima strategijo za integracijo potreb osebe v celoti, kajti njena pozornost je usmerjena v to, da upošteva pacienta kot celovito osebnost (Frederickson, 2011). Celosten pristop z obravnavo pacienta in družine je bil tudi v našem primeru RAM koristno ogrodje pri delu medicinske sestre. Povezovanje teorije s prakso zdravstvene nege služi kot vodilo za doseganje ciljev zdravstvene nege in spodbujanje zdravja (McCurry, et al., 2009).

Teoretični model, ki je bil uporabljen na omenjenem primeru v praksi, je model V. Henderson, ki je nekako najbolj uporabljen model v našem prostoru in pri katerem medicinska sestra pomaga pacientu pri življenjskih aktivnostih za ohranjanje zdravja, vrnitvi zdravja in pri mirni smrti. Pozitivno pri obravnavi je, da so medicinske sestre poskrbele za temeljne življenjske potrebe. To vključuje preverjanje njegovih vitalnih funkcij in podajanje informacij o lažšanju bolečine z zdravili ter boljšemu spanju in počitku. V RAM zdravstvena nega deluje tako, da bi okrepila interakcijo osebe z okoljem, z namenom spodbujati prilagoditev. Boljši scenarij za pacienta iz prakse bi bil, da se ga obravnava s štirimi prilagoditvenimi načini. Za obravnavo opisanega pacienta lahko potrdimo, da je RAM v več pogledih boljši od modela V. Henderson. V teoretičnem modelu V. Henderson so v ospredju fiziološke potrebe. Kljub temu da so že predstavljene tudi psihološke in socialne potrebe, pa v modelu V. Henderson ni konceptualne povezave med vsemi potrebami tako kot v RAM, kjer so potrebe predstavljene kot skupek med seboj povezanih podsistemov. V RAM je najvišji cilj spodbujanje celovitega prilagajanja katerega koli od štirih prilagoditvenih načinov. Menimo, da se pacientu iz prakse ni treba prilagoditi bolečini, ampak mora bolečino obvladati. Pacienta se obravnava celostno skupaj s svojci. Glede na to, da gre za težko čustveno doživljanje bolezni pri obeh partnerjih, je treba v obravnavo vključiti psihosocialni vidik in dejavnike iz okolja, kar je največja aplikativna vrednost RAM. Telesno in duševno zdravje se medsebojno tesno prepletata in nenehno vplivata drug na drugega. Rak je bolezen, ki globoko poseže v življenje bolnih in njihovih svojcev. Pogostost depresije pri pacientih z rakom se po ocenah, pridobljenih v nekaterih raziskavah, giblje od 4,5 do 58 % oziroma 75 % (Snoj, 2009). V našem primeru smo pri pacientu kot pri njegovi ženi zaznali znake obupa, nemoči, negativnih misli, socialno izoliranost. Pacient

mora sprejeti in se prilagoditi kronični bolečini saj je doživljenjska.

Ko pacient doseže fiziološko, psihološko in duhovno okrevanje, je zelo pomembno, kaj oseba počne v družbi. Osnovna potreba prilagoditvenega načina obvladovanja vlog je socialna celovitost, ali, da vedo, kako se obnašati in kaj se od njih pričakuje v družbi. Prilagoditveni način medsebojne odvisnosti se nanaša na odnose med ljudmi. Osnovna potreba prilagoditvenega načina medsebojne odvisnosti je socialna celovitost ali dajati in prejemati ljubezen, spoštovanje in biti cenjen s strani pomembnih drugih in socialnih podpornih sistemov (Roy, 1997). Pomembno je vedeti, kakšna je njegova soodvisnost v odnosih (Pinquart & Frohlich, 2009). V našem primeru se je komunikacija in vzpostavljanje dobrega medosebnega odnosa izkazalo za zelo pomembno. Nicholson (2009) v svojem članku razpravlja, da RAM opisuje medicinsko sestro kot osebo, ki lahko pomaga pacientu v procesu prilagajanja in razvoju mehanizmov spoprijemanja tudi v konceptu socialne izoliranosti. Problem RAM vidi v tem, da je težko najti posebne rešitve, s katerimi bi lahko medicinska sestra pomagala starejšim pacientom pri prilagoditvi. Zato je pomembno, da je medicinska sestra sposobna prepoznati psihosocialna vprašanja, ki predstavljajo tveganje za zdravje takih pacientov.

Kljub kompleksnosti je RAM notranje skladen in ga lahko posplošimo tako v praksi kot v raziskovanju (Phillips, 2011). Torej je RAM kompleksen, abstrakten in zahteven za razumevanje. Medicinska sestra mora prepoznati pacientovo dožemanje zdravstvenega problema. Model Roy zagotavlja kritično razmišljanje (Roy, 2002). Usmerjen je v prilagajanje kronične bolezni in delovanje znotraj družine. Nuamah in sodelavci (1999) so proučevali kakovost življenja 515 otrok, obolelih za rakom. Njihove ugotovitve so podprle predpostavke RAM, da okoljski dražljaji (dodatno zdravljenje raka in resnost bolezni) vplivajo na bio-psiho-socialne odzive.

Bolečina pri raku se lahko pojavi na kateri koli stopnji bolezni: ob postavitvi diagnoze (kot simptom), med in po zdravljenju, v napredovalni, vendar stabilni bolezni in v terminalni fazi (Chapman, 2012). Bolečina je med najpogostejšimi simptomi, ki se pojavijo pri pacientih z napredovalim rakom (Kumar, 2011). Breivik in sodelavci (2009) ugotavljajo, da bolečina vpliva na vsakodnevne dejavnosti in socialne stike. Bolečina zdaj na splošno velja kot peti vitalni znak, ki bi moral biti del rednega ocenjevanja pacienta. Znanje, večine in ustrezna orodja za ocenjevanje bolečine niso nič manj pomembni od tistih, ki veljajo za ocenjevanje ostalih vitalnih znakov (Ashbaugh, 2005). Spoprijemanje predstavlja del odstopanja prilagoditve na kronično bolečino (Richardson & Poole, 2001). Kadar imamo opravka s kronično bolečino, ki jo povzroča rak, je zelo pomembno, da se s pacientom pogovorimo o naravi njegove bolezni. Medicinska sestra mora spodbujati in

podpreti pacienta, da svojo bolečino izrazi (Blomberg, et al., 2008). Pacientu je treba razložiti, da je bolečina odraz njegove bolezni. Sodelovanje med pacientom, svojci in zdravstvenim osebjem je pri zdravljenju nujno potrebno. Edino tako je mogoče doseči cilj. Naš cilj je, da bi pacient znal uravnavati bolečino, saj je dejstvo, da kronična bolečina nikoli povsem ne izgine. Če pacienta seznanimo z vzroki bolečine, če ve, zakaj se bolečina pojavi, in če jo zna ublažiti z različnimi zdravili, to lahko pozitivno vpliva na pacientovo kakovost življenja. Naše intervencije so bile usmerjene v učenje in spodbujanje prilagajanja na način življenja z bolečino. Pacienti se morajo največkrat odločiti v izrednih razmerah, ko je slabša telesna in spremenjena psihološka zmogljivost ter prisotna socialna izoliranost (Fenwick, et al., 2012). Ne glede na vzrok za nastanek kronične bolečine se pacient sooča z dihotomno izkušnjo, navajata Richardson in Poole (2001). Po eni strani ga kronična bolečina prisili, da počiva, in s tem zadržati prizadeto območje, po drugi strani pa dolgotrajnost kronične bolečine pomeni izključenost iz vsakodnevnih aktivnosti.

Teoretičnih modelov zdravstvene nege je veliko, mi smo se odločili za RAM zaradi predhodnih znanstvenih raziskav s področja bolečine in področja rakavih obolenj. Ali bi model moral biti predhodno testiran in ali lahko sploh model empirično dokazujemo, se sprašuje Tierney (1998), kajti za empirično testiranje so priporočljive teorije zdravstvene nege. Tudi tukaj srečamo neenotnost, ali je Roy zapisala adaptacijski teoretični model ali teorijo. Avtorica v svojem prispevku (Dudley-Brown, 1997) zagovarja vrednotenje tako modelov (priporoča uporabo kriterijev po Fawcett) kot teorij, kjer priporoča branje Meleis. Eni avtorji zagovarjajo, da gre pri adaptacijskem modelu bolj za teorijo, drugi spet za model. Tudi avtorica sama v intervjuju s Fawcett (2009) in Roy (2002) poudari, da se je njen model spreminjal čez čas, zaradi raziskav kot tudi njenega osebnega razvoja in spreminjanja vrednot in spoznanj. Še vedno je aktualen, ker je prepoznaven v praksi in ker ima vpliv tako na izobraževanje, raziskovanje kot razvoj zdravstvene nege. Zavedamo se omejitve in slabosti raziskave, da gre le za primer, ki ga ne moremo posploševati. Za obravnavo v praksi je potrebno dobro poznavanje modela. V Sloveniji je tega znanja malo ali pa je nepriljubljeno. Zato bi priporočili v prihodnje več tovrstnega izobraževanja. Frederickson (2011) se sprašuje, kaj pomeni za profesijo zdravstvene nege in izboljšanje prakse zdravstvene nege, če se pri raziskovanju v zdravstveni negi teoretični modeli ne uporabljajo.

Zaključek

RAM se je že uporabljal pri obravnavi bolečine in ima dobra teoretična izhodišča, ki so lahko vodilo medicinskim sestram oziroma aktivnostim zdravstvene nege. V prispevku smo želeli prikazati uporabnost RAM pri pacientu z rakom, ki ima kronično bolečino. Cilj zdravstvene nege in teoretičnega modela je

človekova prilagoditev na štirih prilagoditvenih ravneh v primeru zdravja in bolezni. Ko posameznik ne zmore več prilagoditve na spremembe iz okolja samostojno, potrebuje pomoč, ki mu jo kakovostno lahko zagotovi medicinska sestra, vendar le, če pozna njegove potrebe po prilagajanju. V prispevku smo s pomočjo scenarija prikazali eno izmed pogostih situacij, ki jo srečujemo pri vsakdanjem delu. Pri procesu reševanja problemov smo pacienta obravnavali v šestih korakih ter ocenili njegovo stanje. S tem smo ugotovili pacientovo vedenje in ocenili dražljaje, ki vplivajo nanj iz okolja, ter na kateri od štirih ravni je prilagajanje moteno. Po določitvi negovalnih diagnoz smo načrtovali cilje, izvedli intervencije ter na koncu ocenili, ali so bili prilagoditveni cilji doseženi. Spoznali smo, da je kljub kompleksnosti RAM v našem primeru uporaben, saj je ključni pojem za RAM ravno pri oceni vedenja pacientov v procesu ocenjevanja bolečine in vpliva bolečine skozi štiri prilagoditvene ravni. Pacient se bo prilagodil na štirih prilagoditvenih ravneh in s tem smo vplivali na kakovost življenja, fizične aktivnosti in socialno soodvisnost.

Nujno je, da pri svojem delu uporabljamo holistični pristop in zdravstveno nego načrtujemo individualno. Pomembno je zavedanje, da lahko medicinska sestra s psihosocialno podporo vpliva na kakovost življenja v času bolezni in ohranja zdravje pacienta. Pri pregledu literature lahko vidimo, da je RAM globoko zasidran v praksi zdravstvene nege, kar v določeni meri prispeva k njegovemu neprekinjenemu uspehu. Ostaja eden najpogosteje uporabljenih konceptualnih okvirov za poučevanje zdravstvene nege. Prilagoditveni model Calliste Roy daje koristno ogrodje delu medicinske sestre in raznolike informacije o posameznikovem prilagajanju na dražljaje in dejavnike iz okolja.

Literatura

- Abu Shosha, G. & Al Kalaldehy, M.A., 2012. A critical analysis of using Roy's adaptation model in nursing research. *International Journal of Academic Research*, 4(4), pp. 26–31.
<http://dx.doi.org/10.7813/2075-4124.2012/4-4/B.3>
- Ashbaugh, C.M., 2005. *Assessing acute pain in the geriatric population: a master project submitted to the faculty of the college of nursing*. Arizona: The University of Arizona, pp. 10–43.
- Bakan, G. & Akyol, A.D., 2008. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), pp. 596–608.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04489.x>
PMid:18302601
- Baldacchino, D., Torskenaes, K., Kalfoss, M., Borg, J., Tonna, A., Debattista, C., et al., 2013. Spiritual coping in rehabilitation - a comparative study: part 1. *The British Journal of Nursing*, 22(4), pp. 228–232.
PMid:23448986

- Blomberg, A.M., Hylander, I. & Törnkvist, L., 2008. District nurses' involvement in pain care: a theoretical model. *Journal of Clinical Nursing*, 17(15), pp. 2022–2031. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02222.x> PMID:18720560
- Brevik, H., Cherny, N., Collett, B., de Conno, F., Filbet, M., Foubert, A.J. et al., 2009. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Annals of Oncology*, 20(8), pp. 1420–1433. <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdp001> PMID:19244085
- Brower, H.T. & Baker, B.J., 1976. The Roy adaptation model. Using the adaptation model in a practitioner curriculum. *Nursing Outlook*, 24(11), pp. 686–689. PMID:1049428
- Büssing, A., Ostermann, T., Neugebauer, E.A. & Heusser, P., 2010. Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BioMed Central Public Health*. 20;10, p. 507. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-507> PMID:20727191; PMCID:PMC2936426
- Chapman, S., 2012. Cancer pain part 2: assessment and management. *Nursing Standard*, 26(48), pp. 44–49. <http://dx.doi.org/10.7748/ns2012.08.26.48.44.c9229> PMID:22916657
- Dobratz, M.C., 2005. A comparative study of life-closing spirituality in home hospice patients. *Research and Theory for Nursing Practice*, 19(3), pp. 243–256. <http://dx.doi.org/10.1891/rtnp.2005.19.3.243> PMID:16144242
- Dudley-Brown, S.L., 1997. The evaluation of nursing theory: a method for our madness. *International Journal of Nursing Studies*, 34(1), pp. 76–83. [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(96\)00024-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(96)00024-7) PMID:9055124
- Fawcett, J., 2005. Criteria for evaluation of theory. *Nursing Science Quarterly*, 18(2), pp. 131–135. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318405274823> PMID:15802745
- Fawcett, J., 2009. Using the Roy adaptation model to guide research and/or practice: construction of conceptual-theoretical-empirical systems of knowledge. *Aquichan*, 9(3), pp. 297–306.
- Fenwick, C., Chaboyer, W. & St John, W., 2012. Decision-making processes for the self-management of persistent pain: a grounded theory study. *Contemporary Nurse*, 42(1), pp. 53–66. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.42.1.53> PMID:23050572
- Frederickson, K., 2011. Callista Roy's adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), pp. 301–303. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318411419215> PMID:21975474
- Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2012. *Sodobna zdravstvena nega*. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 266–290.
- Kumar, S.P., 2011. Utilization of brief pain inventory as an assessment tool for pain in patients with cancer: a focused review. *Indian Journal of Palliative Care*, 17(2), pp. 108–115. <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1075.84531> PMID:21976850; PMCID:PMC3183599
- Marriner-Tomey, A. & Raile Alligood, M., 2006. *Nursing theorists and their work*. 6th ed. St. Louis: Mosby/Elsevier, pp. 359–385.
- Masters, K., 2012. *Nursing theories: a framework for professional practice*. Sudbury: Jones & Bartlett, p. 137.
- Maxwell, T., Givant, E. & Kowalski, M.O., 2001. Exploring the management of bone metastasis according to the Roy Adaptation Model. *Oncology Nursing Forum*, 28(7), pp. 1173–1181. PMID:11517850
- McCurry, M.K., Revell, S.M. & Roy, S.C., 2010. Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory, and practice. *Nursing philosophy*, 11(1), pp. 42–52. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00423.x> PMID:20017882
- Meleis, A.I., 2007. *Theoretical nursing: development and progress*. 4th edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 291–307.
- Nicholson, N.R. Jr., 2009. Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), pp. 1342–1352. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x> PMID:19291185
- Nuamah, I.F., Cooley, M.E., Fawcett, J. & McCorkle, R., 1999. Testing a theory for health-related quality of life in cancer patients: a structural equation approach. *Research in Nursing & Health*, 22(3), pp. 231–242. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199906\)22:3<231::AID-NUR5>3.0.CO;2-6](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199906)22:3<231::AID-NUR5>3.0.CO;2-6) PMID:10344703
- Parker, M.E. ed., 2006. *Nursing theories and nursing practice*. 2nd edn. Philadelphia : F. A. Davis, pp. 268–280.
- Phillips, K.D., 2011. Conceptual development of an instrument to measure the internalized stigma of AIDS based on the Roy adaptation model. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), pp. 306–310. <http://dx.doi.org/10.1177/0894318411419222> PMID:21975476

- Pinquart, M. & Frohlich, C., 2009. Psychosocial resources and subjective well-being of cancer patients. *Psychology & Health*, 24(4), pp. 407–421.
<http://dx.doi.org/10.1080/08870440701717009>
PMid:20205002
- Raile Alligood, M., 2011. The power of theoretical knowledge. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), pp. 304–305.
<http://dx.doi.org/10.1177/0894318411419221>
PMid:21975475
- Ramini, S.K., Brown, R. & Buckner, E.B., 2008. Embracing changes: adaptation by adolescents with cancer. *Pediatric Nursing*, 34(1), pp. 72–79.
PMid:18361091
- Ramšak Pajk, J., 2013. Aktivnosti zdravstvene nege med teorijo in prakso. In: Pivač, S., Kalender Smajlović, S., Černoga, A., Skinder Savič, K., Hvalič Touzery, S., Skela Savič, B. eds. *Izbrane intervencije zdravstvene nege - teoretične in praktične osnove za visokošolski študij zdravstvene nege: visokošolski učbenik za zdravstveno nego*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 12–22.
- Reed, P.G., 1995. A treatise on nursing knowledge development for the 21st century: beyond postmodernism. *Advances in Nursing Science*, 17(3), pp. 70–84.
<http://dx.doi.org/10.1097/00012272-199503000-00008>
PMid:7778892
- Richardson, C. & Poole, H., 2001. Chronic pain and coping: a proposed role for nurses and nursing models. *Journal of Advanced Nursing*, 34(5), pp. 659–667.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01795.x>
PMid:11380734
- Rogers, C. & Keller, C., 2009. Roy's adaptation model to promote physical activity among sedentary older adults. *Geriatric nursing*, 30(2 Suppl), pp. 21–6.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2009.02.002>
PMid:19345860; PMCID:PMC2855388
- Roy, C. & Andrews, H., 1999. *The Roy adaptation model*. 2nd ed. Stamford: Appleton & Lange, pp. 14–86.
- Roy, C., 1970. Adaptation: a conceptual framework for nursing. *Nursing Outlook*, 18(3), pp. 42–45.
PMid:5197607
- Roy, C., 1971. Adaptation: a basis for nursing practice. *Nursing Outlook*, 19(4), pp. 254–257.
PMid:5205575
- Roy, C., 1997. Future of the Roy model: challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), pp. 42–48.
<http://dx.doi.org/10.1177/089431849701000113>
PMid:9277177
- Roy, C., 2002. The nurse theorists: 21st-century updates-Callista Roy. Interview by Jacqueline Fawcett. *Nursing Science Quarterly*, 15(4), pp. 308–310.
PMid:12387228
- Roy, C., 2011. Research based on the Roy adaptation model: last 25 years. *Nursing Science Quarterly*, 24(4), pp. 312–320.
<http://dx.doi.org/10.1177/0894318411419218>
PMid:21975478
- Schluter, J., Seaton, P. & Chaboyer, W., 2008. Critical incident technique: a user's guide for nurse researchers. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), pp. 107–114.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04490.x>
PMid:18173737
- Skjutar, Å. & Müllersdorf, M., 2010. Adapt, discover and engage: a qualitative interview study with patients living with chronic pain. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 4(2), pp. 254–261.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-9824.2010.01066.x>
- Snoj, Z., 2009. Psihološka priprava bolnikov z rakom. *Farmaceutski Vestnik*, 60(2), pp. 77–79. Available at: <http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-LEHWVUKC> [20. 11. 2013].
- Tierney, A.J., 1998. Nursing models: extant or extinct? *Journal of Advanced Nursing*, 28(1), pp. 77–85.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00766.x>
PMid:9687133
- Tsai, P.F., Tak, S., Moore, C. & Palencia, I., 2003. Testing a theory of chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), pp. 158–169.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02690.x>
PMid:12834374
- Weinert, C., Cudney, S. & Spring, A., 2008. Evolution of a conceptual model for adaptation to chronic illness. *Journal of nursing scholarship*, 40(4), pp. 364–372.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2008.00241.x>
PMid:19094152; PMCID:PMC2765108
- Yeh, C.H., 2002. Health-related quality of life in pediatric patients with cancer: a structural equation approach with the Roy Adaptation Model. *Cancer Nursing*, 25(1), pp. 74–80.
<http://dx.doi.org/10.1097/00002820-200202000-00013>
PMid:11838723

Citirajte kot/Cite as:

Čaušević, M., & Ramšak Pajk, J., 2014. Aplikacija adaptacijskega modela Calliste Roy pri pacientu z rakom in s kronično bolečino. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 40–49. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.11>

Strokovni članek/Professional article

Stališča izvajalcev nujne medicinske pomoči o uporabnosti triažnega kartona Emergency medical care providers' opinions about triage tag usability

Tilen Sedej, Andrej Fink

Ključne besede: izredne razmere; množične nesreče; triaža; nujna medicinska pomoč

Key words: major incidents; mass casualty incident; triage; emergency medical service

Tilen Sedej, dipl. zn.,
Zdravstveni dom Idrija, Otona
Župančiča 3, 5280 Idrija
Kontaktirni e-naslov/
Correspondence e-mail:
tilen.sedej@gmail.com

Andrej Fink, dipl. zn., univ.
dipl. org., MSHS (ZDA),
Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Reševalna postaja,
Zaloška 25, 1000 Ljubljana in
Visoka šola za zdravstvo
nego Jesenice, Spodnji Plavž 3,
4270 Jesenice

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Tilna Sedej
*Uporabnost triažnih kartonov
pri izvajalcih nujne medicinske
pomoči na Visoki šoli za
zdravstvo nego Jesenice.*

Prispelo/Received: 6. 9. 2013
Sprejeto/Accepted: 13. 2. 2014

IZVLEČEK

Uvod: Kategorizirane udeležence (paciente) množične nesreče je treba označiti, da bodo njihove prioritete prepoznali ostali udeleženci v verigi reševanja. Cilj raziskave je bil proučiti uporabnost triažnega kartona, ki je pri množičnih nesrečah v Republiki Sloveniji predpisan s Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči.

Metode: Podatki so bili zbrani s pomočjo strukturiranega vprašalnika. V raziskavo je bilo zajetih sedem enot nujne medicinske pomoči na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (Gorenjska regija). Med zaposlene v nujni medicinski pomoči je bilo razdeljenih 136 vprašalnikov, pravilno izpolnjenih je bilo 94. Podatki so bili obdelani z opisno in bivariatno statistiko.

Rezultati: Raziskava je pokazala, da anketiranci niso prepričani v svojo usposobljenost za uporabo predpisanega triažnega kartona ($\bar{x} = 3,26$) ter da triažni karton ni popolnoma neuporaben triažni pripomoček, a ima pomanjkljivosti ($\bar{x} = 3,43$). Anketiranci menijo, da bi triažni karton moral imeti možnost označevanja po barvi triažne kategorije ($\bar{x} = 4,00$) ter možnost spreminjanja kategorije pacienta, če se le-ta med obravnavo spremeni ($\bar{x} = 3,99$). Glede na čas delovanja anketirancev na področju nujne medicinske pomoči se razlikujejo njihova mnenja o potrebnosti triažnih kartonov ($p = 0,05$) ter usposobljenosti za izvajanje in dokumentiranje triaže ($p = 0,04$). Anketiranci z daljšo delovno dobo so izrazili statistično značilno večje strinjanje z obema trditvama.

Diskusija in zaključek: V prihodnosti bo treba izboljšati raven usposobljenosti izvajalcev nujne medicinske pomoči za uporabo predpisanega triažnega kartona. V Sloveniji potrebujemo vrsto triažnega kartona, ki bo zadostovala trenutnim smernicam posredovanja ob množičnih nesrečah. Raziskava pokaže smiselnost nadaljnega raziskovanja tega področja.

ABSTRACT

Introduction: Categorized victims of a mass casualty event need to be labeled to help other participants in the rescue chain in sorting of patients into priority groups according to their needs and the resources available. The aim of the study was to determine the usability of triage tags employed in mass-casualty incidents in the Republic of Slovenia defined in the Law on Emergency Medical Services Act.

Methods: The data were collected through a structured questionnaire. The research sample included seven units of emergency medical services (EMS) at the primary level of health care of Upper Carniola (Gorenjska region). Of 136 questionnaires distributed among EMS providers, 94 were properly completed and returned. The data obtained were processed by descriptive and bivariate statistical methods.

Results: The present results are significant in at least two respects. It has been established that the respondents are not confident in their ability to use the required triage tag ($\bar{x} = 3.26$) and that the required triage tag is not completely unusable triage tool regardless of its drawbacks ($\bar{x} = 3.43$). The respondents are of the opinion that the triage tag should have the option of a color-coding scheme ($\bar{x} = 4.00$) and a possibility to modify the patient's category if so required during the course of treatment ($\bar{x} = 3.99$). Opinions vary in dependence on the length of experience of EMS providers ($p = 0.05$) and their competence to perform and document triage ($p = 0.04$). The agreement with both statements is significantly more pronounced in respondents with seniority.

Discussion and conclusion: It is necessary to improve the competence of EMS providers in the use of the required triage tags in mass casualty management. In Slovenia, a type of triage tag which will accord with the current trends in intervention in mass casualty situations is needed. Additional research is therefore required to secure better emergency and disaster preparedness and response.

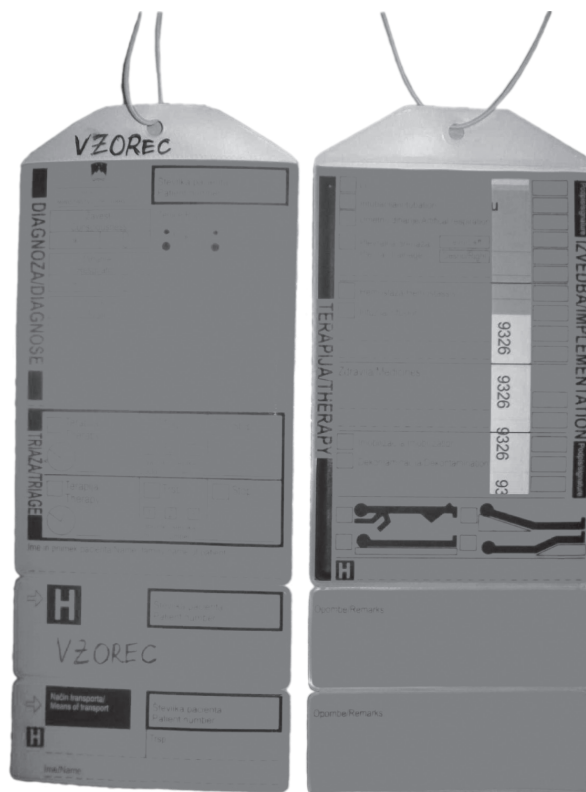
Uvod

Obstaja več vrst označevanja prioritet zdravstvene oskrbe poškodovanih (ob množičnih nesrečah). Ena vrsta so barvni trakovi, ki jih ovijemo okrog okončin poškodovancev, pisala za beleženje oznak na čelu poškodovanca in uporaba barvnih kartonov. Druga vrsta so triažni kartoni, ki morajo vsebovati podatke poškodovanca, vitalne znake in triažno kategorijo (Plan za zbrinjavanje u masovnim nesrečama i uloga hitne medicinske pomoči Republike Srbije, 2007). Prednost triažnih kartonov je predvsem enostavna uporaba in hitro razmeščanje. Zanašajo se na poenostavljen triažni sistem za hitro ugotavljanje pacientovega stanja in prednostnih nalog zdravstvene oskrbe (Killeen, et al., 2006). Tretja vrsta pa so visoko razviti telemetrijski sistemi, ki omogočajo vnos in brezžični prenos podatkov (Plan za zbrinjavanje u masovnim nesrečama i uloga hitne medicinske pomoči Republike Srbije, 2007). V svetu je veliko prizadevanj na področju proučevanja načinov, kako izboljšati reševalna razmerja in učinkovitost v masovnih nesrečah. Obstaja projekt »Advanced Wireless Communication Technology for Efficient Rescue Operations«, kjer razvijajo elektronski triažni karton (E-triage) (Mizumoto, et al., 2011).

Obstaja več različic triažnih kartonov, združene so v dve veliki skupini. Na eni strani je tako imenovani zaprti sistem, pri katerem podatke samo označujemo, na drugi strani pa odprti sistem, pri katerem podatke vpisujemo. Po vsebnosti podatkov poznamo triažne kartone z minimalnim številom, do tistih z velikim številom podatkov. Ne samo med državami, temveč v okviru iste države obstaja več vrst triažnih kartonov (Plan za zbrinjavanje u masovnim nesrečama i uloga hitne medicinske pomoči Republike Srbije, 2007).

Pri svojem delu ekipe nujne medicinske pomoči (NMP) v Sloveniji uporabljajo naslednje enotne obrazce (zdravstveno dokumentacijo službe NMP): sprejem nujnih intervencij, protokol nujne intervencije, protokol predbolnišničnega oživljanja in karton poškodovanca (Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, 2008). Karton poškodovanca (triažni karton) se uporablja, kadar je poškodovanih oseb, potrebnih zdravstvene oskrbe, veliko. Pri večjih nesrečah je zaradi tega težavna njihova identifikacija ter beleženje podatkov o izvedenih postopkih na mestu nesreče (Karton poškodovanca, n. d.). Triažni karton (Slika 1) je plastična vrečka, ki ima na prednji strani prostor za evidenčno številko poškodovanca, diagnozo, triažo ter dva talona za njegov transport. Na zadnjo stran vnašamo podatke o posegih, zdravilih, načinu transporta in bolnišnici, v katero je poškodovanec napoten. V kartonu (v vrečki) je še dodatna dokumentacija (zapisnik o identifikaciji, zapisnik o zdravljenju) in nalepke s številko, ki se uporabljajo za identifikacijo poškodovanca. Triažni karton omogoča (Karton poškodovanca, n. d.):

- razvrstitev glede prioritete obravnave (triaža),
- evidenco opravljenih posegov na terenu,
- evidenco napotitve poškodovanca,
- identifikacijo,
- potek zdravljenja,
- označevanje morebitne kontaminacije.



Slika 1: Za Slovenijo predpisani triažni karton

Figure 1: The nationally standardized triage tag in Slovenia

Triažni karton je razdeljen na posamezna področja. Obseg vpisovanja je odvisen predvsem od časa, ki ga ima triažer na voljo. Najnujnejši podatki za izpolnjevanje so podatki o diagnozi in triaži (Karton poškodovanca, n. d.). Na triažni karton prilepimo zaporedno številko poškodovanca (nalepke s številkami so priložene v kartonu), označimo mesto poškodbe, ocenimo zavest, dihanje, cirkulacijo in zenici. Po triaži napišemo, v kateri sektor pacient spada in uro triaže. Na drugi strani kartona označimo posege, ki so bili narejeni pri pacientu (kisik, intubacija, umetno dihanje, plevralna drenaža, hemostaza, infuzija, zdravila, imobilizacija). V primeru dekontaminacije označimo tudi to rubriko. Vpišemo položaj med transportom. Karton ostane na pacientu ves čas oskrbe. Trgajo se samo deli kartona, ki se uporabljajo za evidenco transporta in sprejema v bolnišnico (Zabukovšek, 2010). Če je pacient deležen dodatnih postopkov, dajanja zdravil ipd., to vpišemo v zapisnik o zdravljenju. Zapisnik o identifikaciji se izpolnjuje na mestu dogodka, če je dovolj časa, sicer v bolnišnici. Posreduje se ga

policiji. Nalepke s številko nalepimo na sprednjo stran kartona poškodovanca, na oba talona ter na oba zapisnika. Nalepke uporabljamo tudi za označevanje ostalih predmetov, vzorcev, povezanih s pacientom (vzorci krvi ipd.). Velja priporočilo, da v deževnem vremenu številke izpišemo še s kemičnim svinčnikom (Karton poškodovanca, n. d.). Slabe in Herman (2007) svetujeta, da se na dokumentacijo vsakega pacienta zapiše, kje je bil najden (npr. v drugem vagonu, na cestišču ...). V Smernicah za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah obstaja predlog (začasna rešitev označevanja), da izvajalci pri primarni triazi poleg obstoječega triažnega kartona uporabljajo barvne odsevnike ali trakove, ki jih namestijo na vrstico kartona. Za 4. kategorijo pacientov priporočajo uporabo črno-belega (šahovnica) odsevnika (Dujčić & Simčič, 2013).

Namen in cilj

Namen raziskave je proučiti uporabnost triažnega kartona, ki je predpisan za področje Republike Slovenije s Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči. Osrednjo pozornost smo namenili stališčem izvajalcev NMP do predpisanega triažnega kartona ter usposobljenosti anketirancev za uporabo predpisanega triažnega kartona.

Raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je praktična uporabnost predpisanega triažnega kartona?
- Katere pomanjkljivosti ima trenutno predpisani triažni karton?
- V kolikšni meri so izvajalci NMP usposobljeni za uporabo predpisanega triažnega kartona?

Metode

Pregled strokovne in znanstvene literature je bil narejen s pomočjo baz podatkov CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), PubMed in COBIB.SI (Vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov). Pregledali smo znanstvene in strokovne prispevke, monografske publikacije in druga zaključna dela. Pri iskanju literature smo uporabili naslednje ključne besede: izredne razmere, masovne nesreče, množične nesreče, triaža, triažne oznake, triažni kartoni (v angleščini mass casualty incident, major incidents, triage, triage tags). V empiričnem delu je bila uporabljena neeksperimentalna kvantitativna metoda raziskovanja.

Opis instrumenta

Tehnika zbiranja podatkov je bila anketiranje. Kot instrument raziskovanja smo uporabili strukturiran vprašalnik v pisni obliki. Vprašanja so bila zaprtega tipa, oblikovana na osnovi pregledane literature. Iz različnih analiz množičnih nesreč in vaj na

temo množične nesreče smo uporabili spoznanja o uporabnosti predpisanega triažnega kartona (Čander & Jelatancev, 2006; Doljak, et al., 2008; Košir, 2008; Analiza množične prometne nesreče na avtocesti A2 2011; Stražar & Kleva, 2011; Analiza nesreče balona, 2012). Vprašalnik je bil sestavljen iz treh delov.

- V prvem delu so bili zajeti demografski podatki in podatki o izkušnjah izvajalcev NMP.
- V drugem delu smo anketirance spraševali o uporabnosti triažnega kartona, ki je predpisan za področje Republike Slovenije. Zanimala so nas stališča anketirancev o praktični uporabnosti triažnega kartona, o pomanjkljivostih trenutne zasnove triažnega kartona in o njihovi usposobljenosti za uporabo tega obrazca. Uporabljena je bila Likertova lestvica (1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem nevtralen, 4 – se strinjam, 5 – se zelo strinjam).
- Tretji sklop vprašalnika so sestavljale splošne trditve o triažnem kartonu kot sredstvu za dokumentiranje triažnega statusa ob množičnih nesrečah. Tudi v tem sklopu je bila uporabljena Likertova lestvica.

Cronbachov koeficient alfa za sklop, ki meri uporabnost predpisanega triažnega kartona, je znašal 0,826 (zelo dobra zanesljivost), za sklop splošnih trditev o triažnem kartonu kot sredstvu za dokumentiranje triažnega statusa ob množičnih nesrečah je Cronbach koeficient alfa znašal 0,708 (zmerna zanesljivost), kar pomeni, da je merski instrument dosegel stopnjo zanesljivosti za uporabo rezultatov raziskave (Cencič, 2009).

Opis vzorca

Vzorčenje je bilo namensko. V raziskovalni vzorec smo zajeli vseh sedem enot NMP, različnih organizacijskih oblik na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (Gorenjska regija). Ekipe NMP s tega področja so v zadnjih letih izkusile več intervencij z velikim številom poškodovanih. Na Gorenjskem je bilo organiziranih tudi nekaj večjih vaj na temo reševanja v množičnih nesrečah. Med zaposlene v NMP je bilo razdeljenih 136 vprašalnikov. Vrnjenih smo dobili 97, od tega 94 pravilno izpolnjenih. V raziskavi je sodelovalo 60 moških (63,8 %) in 34 žensk (36,2 %). Starostni skupini od 20 do 29 let je ustrezalo 20 (21,3 %) anketiranih, v starostni skupini od 30 do 39 let jih je bilo 28 (29,8 %), od 40 do 49 let 26 (27,7 %) in od 50 do 59 let 12 (12,8 %). 8 (8,5 %) anketirancev starosti ni navedlo. 65 anketiranih (69,1 %) opravlja delo srednje medicinske sestre/zdravstvenega tehnika, delo višje medicinske sestre/višjega zdravstvenega tehnika opravlja 1 (1,1 %) anketirani, 11 (11,7 %) anketiranih opravlja delo diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika, 17 (18,1 %) pa jih opravlja delo zdravnika. Anketirance smo vprašali, koliko časa (v letih) delajo na področju NMP. Rezultati so naslednji: 48 (51,1 %) do 10 let, 46 (48,9 %) 10 let ali več.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena v sedmih zdravstvenih domovih na Gorenjskem, ki imajo organizirano službo NMP. Raziskava je potekala v terminu od 24. 12. 2012 do 24. 1. 2013. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, anketiranim je bila zagotovljena anonimnost. Najprej smo s strani vodstva vseh sedmih zdravstvenih domov pridobili pisna soglasja za izvedbo raziskave. Vprašalnike smo oddali predstavnikom ustanov, ti pa so poskrbeli, da so zaposleni vprašalnike prejeli in jih izpolnili v čim večji meri. Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo vprašalnika, smo kvantitativno obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel. Statistična analiza pa je bila opravljena s pomočjo računalniškega programa SPSS 19.0. Rezultati so prikazani na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov oziroma povprečnih vrednosti in standardnih odklonov. Primerjava glede na čas delovanja na področju NMP je bila izvedena med dvema skupinama (skupina < 10 let delovanja v NMP in skupina ≥ 10 let delovanja v NMP) s pomočjo t-testa.

Rezultati

Zanimalo nas je, ali so anketiranci kdaj uporabljali predpisani triažni karton v vaji na temo množične nesreče. 55 (58,5 %) anketiranih je odgovorilo, da so ga uporabljali, 39 (41,5 %) jih predpisanega triažnega kartona ni uporabljalo. Zanimalo nas je, koliko anketiranih je kdaj uporabljalo predpisani triažni karton ob (resnični) množični nesreči. Rezultati pokažejo, da je predpisani triažni karton ob (resnični) množični nesreči uporabljalo 10 (10,6 %) anketiranih, medtem, ko ga kar 84 (89,4 %) vključenih v raziskavo ni uporabljalo.

Tabela 1 prikazuje rezultate sklopa trditve v vprašalniku glede uporabnosti triažnega kartona, predpisanega za področje Republike Slovenije, ki so ga so anketiranci ocenjevali na lestvici od 1 do 5. Anketirani izvajalci NMP so največje strinjanje navedli pri trditvi, da je oranžna barva predpisanega triažnega kartona praktično uporabna in ni moteča ($\bar{x} = 3,77$). Najmanjša povprečna stopnja strinjanja anketiranih je bila pri trditvi, da je na voljo dovolj izobraževanj na temo uporabe predpisanega triažnega kartona ($\bar{x} = 2,30$).

V Tabeli 2 so prikazani rezultati, ki se nanašajo na triažni karton – sredstvo za dokumentiranje triažnega statusa ob množičnih nesrečah. Anketirani menijo, da za posredovanje ob množičnih nesrečah v Sloveniji absolutno potrebujemo triažni karton (katerokoli vrsto) kot sredstvo za dokumentiranje triažnega statusa ($\bar{x} = 4,26$). Anketiranci so izrazili mnenje, da bi triažni karton moral imeti možnost označevanja po barvi triažne kategorije ($\bar{x} = 4,00$), da bi moral imeti možnost spreminjanja

Tabela 1: Sklop trditve o uporabnosti triažnega kartona predpisanega za področje Slovenije
Table 1: Set of statements about usability of the nationally standardized triage tag in Slovenia

Trditve	n	\bar{x}	s
Za uporabo predpisanega triažnega kartona sem usposobljen/-a.	94	3,26	0,90
Na voljo je dovolj izobraževanj na temo uporabe predpisanega triažnega kartona.	94	2,30	0,94
V primeru množične nesreče bi v potek reševanja znal/-a suvereno vključiti predpisani triažni karton.	94	3,11	1,00
Moji sodelavci so usposobljeni za uporabo predpisanega triažnega kartona.	94	3,00	0,95
Predpisani triažni karton je uporaben triažni pripomoček.	94	3,43	1,06
Predpisani triažni karton je enostaven za izpolnjevanje.	94	3,04	1,07
Predpisani triažni karton je pregleden – triažna kategorija poškodovanca je jasno razvidna.	94	3,00	1,16
Predpisani triažni karton je dobro zasnovan (vodoodpornost, velikost, obrabci za izpolnjevanje).	94	3,29	1,13
Predpisani triažni karton vsebuje primerno količino (ne preveč) podatkov/rubrik.	94	3,17	0,93
Intenzivna oranžna barva predpisanega triažnega kartona je praktično uporabna in ni moteča.	94	3,77	0,94

Legenda/Legend: n – število odgovorov/number of responses; \bar{x} – povprečna vrednost/ mean; s – standardni odklon/standard deviation

Tabela 2: Sklop splošnih trditve o triažnem kartonu kot sredstvu za dokumentiranje triažnega statusa ob množičnih nesrečah
Table 2: Set of general statements about the triage tag as a means of documenting triage status at mass casualty incident

Trditve	n	\bar{x}	s
Za posredovanje ob množičnih nesrečah v Sloveniji absolutno potrebujemo triažni karton (katerokoli vrsto) kot sredstvo za dokumentiranje triažnega statusa.	94	4,26	0,67
V Sloveniji potrebujemo novo, drugačno različico triažnega kartona.	94	3,44	1,19
Triažni karton bi moral imeti možnost označevanja po barvi triažne kategorije.	94	4,00	0,95
Triažni karton bi moral imeti možnost spreminjanja kategorije pacienta, če se le-ta med obravnavo spremeni.	94	3,99	0,87
Seznajen/-a sem z različicami triažnih kartonov, ki so v uporabi v svetu.	94	2,26	1,15
V primeru množične nesreče bi znal/-a izvajati in dokumentirati primarno triažo.	94	3,51	0,88

Legenda/Legend: n – število odgovorov/number of responses; \bar{x} – povprečna vrednost/mean value; s – standardni odklon/standard deviation

kategorije pacienta, če se le-ta med obravnavo spremeni ($\bar{x} = 3,99$), ter da v Sloveniji potrebujemo novo, drugačno različico triažnega kartona ($\bar{x} = 3,44$). Najmanjša povprečna stopnja strinjanja ($\bar{x} = 2,26$) anketiranih je bila pri peti navedbi (seznanjen/-a sem z različicami triažnih kartonov, ki se uporabljajo v svetu).

S pomočjo t-testa smo primerjali splošne trditve o triažnem kartonu kot sredstvu za dokumentiranje triažnega statusa ob množičnih nesrečah, in sicer glede na čas delovanja na področju nujne medicinske pomoči med dvema skupinama (prva skupina < 10 let delovanja v NMP in druga skupina ≥ 10 let delovanja v NMP). Ugotovili smo, da se pojavljajo statistično pomembne razlike med obema skupinama anketiranih pri trditvah 1

potek reševanja, a odstotek tistih, ki so ga uporabili, je sorazmerno majhen. Glede na število nesreč in število posredovalcev ob množičnih nesrečah bi ob rutinski in dosledni uporabi pričakovali večji odstotek pritrilnih odgovorov. Spraševali smo se, ali so izvajalci NMP usposobljeni za uporabo predpisanega triažnega kartona. Anketiranci menijo, da ni na voljo dovolj izobraževanj na temo uporabe predpisanega triažnega kartona. Podobno ugotavlja Mohor (2009), da je izobraževanje in usposabljanje enot NMP s področja večjih nesreč večinoma prepuščeno samim enotam NMP. Raziskava, ki smo jo izvedli, je pokazala, da anketiranci niso prepričani v svojo usposobljenost za uporabo predpisanega triažnega kartona. Tudi pri trditvi, da bi ob množični nesreči znali v potek

Tabela 3: Sklop splošnih trditev o triažnem kartonu kot sredstvu za dokumentiranje triažnega statusa ob množičnih nesrečah, primerjava glede na čas delovanja na področju nujne medicinske pomoči

Table 3: Set of general statements about the triage tag as a means of documenting triage status at mass casualty incident, the comparison according to the length of experience of EMS providers

Trditve	Čas delovanja na področju nujne medicinske pomoči					
	manj kot 10 let		10 let ali več		t	p
	\bar{x}	s	\bar{x}	s		
Za posredovanje ob množičnih nesrečah v Sloveniji absolutno potrebujemo triažni karton (katerokoli vrsto) kot sredstvo za dokumentiranje triažnega statusa.	4,13	0,67	4,39	0,65	-1,95	0,05
V Sloveniji potrebujemo novo, drugačno različico triažnega kartona.	3,33	1,26	3,54	1,11	-0,86	0,39
Triažni karton bi moral imeti možnost označevanja po barvi triažne kategorije.	3,94	0,84	4,07	1,06	-0,65	0,52
Triažni karton bi moral imeti možnost spreminjanja kategorije pacienta, če se le-ta med obravnavo spremeni.	3,94	0,81	4,04	0,94	-0,59	0,56
Seznanjen/-a sem z različicami triažnih kartonov, ki so v uporabi v svetu.	2,33	1,12	2,17	1,20	0,67	0,51
V primeru množične nesreče bi znal/-a izvajati in dokumentirati primarno triažo.	3,33	0,83	3,70	0,89	-2,04	0,04

Legenda/Legend: \bar{x} – povprečna vrednost/mean value; s – standardni odklon/standard deviation; t – t-test/t – t-test; p – statistična značilnost/statistical significance

(za posredovanje ob množičnih nesrečah v Sloveniji absolutno potrebujemo triažni karton (katerokoli vrsto) kot sredstvo za dokumentiranje triažnega statusa) in 6 (v primeru množične nesreče bi znal/a izvajati in dokumentirati primarno triažo) (Tabela 3), in sicer so anketiranci z daljšo delovno dobo izrazili statistično značilno večje strinjanje z obema trditvama.

Diskusija

Z raziskavo smo želeli pridobiti podatke, ali so anketirani izvajalci NMP kdaj uporabljali triažni karton. Lahko rečemo, da je triažni karton bil uporabljen, vprašljiva pa je doslednost njegove uporabe. Do neke mere so ga izvajalci NMP očitno vključili v

reševanja suvereno vključiti predpisani triažni karton, so anketirani podali oceno nekaj nad 3 (sem nevtralen). Še nižji rezultat je dosežen pri vprašanju o usposobljenosti njihovih sodelavcev za uporabo predpisanega triažnega kartona. Podobne rezultate kažejo tudi druge raziskave. Na vprašanje, »Koliko vaših zdravnikov zna uporabljati triažni karton?«, ki ga je v anketi leta 2008 zastavil Mohor, je polovica enot NMP odgovorilo, da ga znajo uporabljati vsi zdravniki oz. da ga zna uporabljati večina zdravnikov (Mohor, 2009). Na usposobljenost izvajalcev NMP se navezuje tudi zadnja trditev tretjega sklopa vprašalnika (v primeru množične nesreče bi znal/a izvajati in dokumentirati primarno triažo). V tem primeru je povprečna vrednost 3,51 primerljiva z že omenjenimi rezultati.

Črešnar (2010) ugotavlja, da vsak drugi anketiranec meni, da je dovolj usposobljen za prevzem vloge glavnega triažerja. Sodeč po rezultatih naše raziskave bo treba izboljšati raven usposobljenosti izvajalcev NMP za uporabo predpisanega triažnega kartona. Dujić in Simčič (2013) navajata, da morajo službe NMP bolj poudariti usposabljanje vseh zaposlenih za izvajanje primarne triaže in uporabo predpisanega triažnega kartona. Težava pa je, kot navaja Pyrros (2005), da vrsta triažnega kartona, ki je v uporabi v Sloveniji, nima s strani proizvajalca/dobavitelja zagotovljenega programa usposabljanja, niti ni tega programa zagotovila država oz. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Treba je opozoriti, da slabše znanje o predpisanem triažnem kartonu in premalo uporabe lahko vplivata na mnenje izvajalcev NMP o predpisanem triažnem kartonu.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna je praktična uporabnost predpisanega triažnega kartona in katere pomanjkljivosti ima trenutno predpisani triažni karton. Povprečne vrednosti pri trditvah o uporabnosti predpisanega triažnega kartona se gibljejo okrog 3- sem nevtralen. Izjema je zadnja trditev sklopa (intenzivna oranžna barva predpisanega triažnega kartona je praktično uporabna in ni moteča), ki je bila ocenjena z najvišjo povprečno vrednostjo. Stopnjo strinjanja pri trditvi, da je predpisani triažni karton uporaben triažni pripomoček, si je moč predstavljati kot: »ni popolnoma neuporaben pripomoček, a ima pomanjkljivosti«. Podobnih raziskav o za Slovenijo predpisanega triažnega kartona nismo našli, zato v nadaljevanju rezultate primerjamo z analizami množičnih nesreč v Sloveniji in z analizami vaj ukrepanja ob množičnih nesrečah v Sloveniji. Vodja izmene reševalne postaje UKC Ljubljana in Službe nujne medicinske pomoči Zdravstvenega doma Ljubljana po množični prometni nesreči na avtocesti A2 ugotavlja, da je predpisani triažni karton slabše uporaben, ker iz njega ni hitro razvidna triažna kategorija poškodovanca. Vsebuje preveč podatkov, ki v prvi vrsti niso potrebni, ampak delajo samo zmedo (Analiza množične prometne nesreče na avtocesti A2, 2011). V analizi nesreče balona (nesreča ob Ižanski cesti) je navedeno, da so se za označevanje triažnih kategorij uporabljali s Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči predpisani triažni kartoni oz. kartoni poškodovanca, ki so se ponovno izkazali kot neprimerni (slaba vidljivost označenih kategorij, težavno in zamudno lepljenje nalepk s številkami ...) (Analiza nesreče balona, 2012). Na vaji »Letalska nesreča 2006« so se nekatere številke, ki so jih nalepili na identifikacijske kartone, odlepili in izgubile (Košir, 2008). Doljak in sodelavca (2008) navajajo, da je triažni karton edina primerna dokumentacija ob množičnih nesrečah, končna ocena po državni vaji »Trk 2007« pa je bila negativna: fluorescentna barva je vidna, a utrudljiva za oči, karton je nepregleden in zapleten za izpolnjevanje. Čander in Jelatancev (2006) po vaji »Vlak 2005« ugotavljata, da je sedanji triažni karton

slabo pregleden oz. triažna kategorija ni jasno vidna od daleč. Prav tako je nekoliko moteča intenzivna oranžna barva, kar nekoliko otežuje pisanje po kartonu (težko gledanje, solzenje oči). Sicer pa je po njunem mnenju karton dobro zasnovan (vodoodpornost, velikost, obrazci za izpolnjevanje).

V raziskavo vključeni izvajalci NMP menijo, da za posredovanje ob množičnih nesrečah v Sloveniji, kot sredstvo za dokumentiranje triažnega statusa, absolutno potrebujemo triažni karton (katerokoli vrsto). Anketiranci niso jasno opredeljeni, ali v Sloveniji potrebujemo novo, drugačno različico triažnega kartona. Iz rezultatov raziskave je razvidno, da so slabše seznanjeni z različicami triažnih kartonov, ki so v uporabi v svetu ($\bar{x} = 2,26$). Visoki stopnji strinjanja pa so vprašani člani ekip NMP podali pri dveh trditvah, ki se nanašata na spremembe. Menijo, da bi triažni karton moral imeti možnost označevanja po barvi triažne kategorije ter da bi moral imeti možnost spreminjanja kategorije pacienta, če se leta tekom obravnave spremeni. Doljak in sodelavca (2008) so bili po državni vaji »Trk 2007« enakega mnenja, da bi bilo obvezno označevanje po barvi triažne kategorije, saj morajo tudi nosači (op. a. gasilci, policisti ...), ki niso medicinsko usposobljeni, hitro prepoznati, v kateri sektor poškodovanec spada. Prav tako Čander in Jelatancev (2006) po vaji »Vlak 2005« predlagata kartone, pri katerih je kategorija označena z barvami. Košir (2008) pa meni, da je dokumentacijo s terena potrebno poenotiti in uskladiti z bolnišnično dokumentacijo. Rezultate raziskave, ki se nanašajo na spremembe, potrjujejo tudi spoznanja po dveh (resničnih) množičnih nesrečah v Sloveniji. Po množični prometni nesreči na avtocesti A2 so bile navedene ugotovitve, da mora biti triažni karton oblikovan tako, da je od daleč vidna triažna kategorija poškodovanca in mora vsebovati samo pomembne podatke. Viden mora biti tudi v pogojih slabše vidljivosti (Analiza množične prometne nesreče na avtocesti A2, 2011). Po analizi je izpostavljen predlog, da bi bili triažni kartoni namesto enotne oranžne barve obarvani rdeče, rumeno, zeleno in črno (Stražar & Kleva, 2011). V analizi nesreče balona (2012) ob Ižanski cesti predlagajo uvedbo novega triažnega kartona. V tej analizi je med predlogi za izboljšave zapisano, da se Ministrstvu za zdravje poda konkreten predlog za uvedbo novega triažnega kartona (npr. »SMART Triage Tag«) (Analiza nesreče balona, 2012). »SMART« kartonu dajejo prednost tudi udeleženci raziskave, katere izvajalca sta bila Field in Norton (2012). V Smernicah za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah, ki so bile izdelane pod okriljem Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, je zapisano, da se pripravlja nov triažni karton (Dujić & Simčič, 2013).

Ko primerjamo čas delovanja na področju NMP, ugotovimo, da je čas delovanja pri stopnji tveganja 5 % statistično značilno pomemben za trditev 1 (za

posredovanje ob množičnih nesrečah v Sloveniji absolutno potrebujemo triažni karton (katerokoli vrsto) kot sredstvo za dokumentiranje triažnega statusa) in trditev 6 (v primeru množične nesreče bi znal/-a izvajati in dokumentirati primarno triažo). Glede na rezultat lahko sklepamo, da je zavedanje o pomembnosti uporabe triažnega kartona odvisno tudi od delovne dobe. Anketiranci z 10 let delovnih izkušenj ali več na področju NMP pripisujejo dokumentiranju triažnega statusa s triažnimi kartoni večji pomen.

Pregled strokovne literature je pokazal zmedo v terminologiji, nekateri avtorji o predpisanem triažnem kartonu pišejo nejasno. Zaznati je različno razumevanje in interpretacijo termina triažni karton. Med branjem literature smo spoznali, da je triažni karton, predpisan za področje Republike Slovenije, večkrat samo omenjen, njegova uporaba pa je opisana le malokrat. Ugotavljamo, da o uporabnosti predpisanega kartona poročajo le v nekaterih analizah množičnih nesreč. Več informacij smo pridobili iz analiz vaj na temo ukrepanja ob množičnih nesrečah. Vprašati pa se moramo, ali sta izkušnji resnične množične nesreče in vaje na temo ukrepanja ob množični nesreči primerljivi. Spoznali smo, da je vse prej kot enostavno priti do tehtnih zaključkov o uporabnosti triažnega kartona. Field in Norton (2012) sta s študijo ugotavljala, katera vrsta triažnega kartona je najboljša. Navajata, da na podlagi objektivnih meril niso našli triažnega kartona, ki bi presegal ostale. Po rezultatih naše raziskave sodeč dosedanja predpisana vrsta triažnega kartona ni več primerna za ukrepanje ob množičnih nesrečah. Da je temu tako, je razvidno tudi iz pregleda literature. Dujčič in Simčič (2013) sta zapisala, da se je trenutno veljaven karton poškodovanca (triažni karton) v praksi izkazal za neoptimalno rešitev, ker je označena kategorija slabo vidna. Označevanje tako s številkami kot z barvnimi lističi se je v številnih primerih izkazalo za neprimerno. Neustreznost sedanjega triažnega kartona je npr. ugotovil tudi Mohor (2009). Rezultati raziskave kažejo pomanjkljivosti trenutne zasnove triažnega kartona, zato predlagamo naslednje izboljšave:

- povečati vidnost izbrane kategorije;
- poenostaviti izpolnjevanje kartona;
- preveriti potrebnost vseh podatkov in rubrik;
- dodelati zasnovo (vodoodpornost, velikost, obrazci za izpolnjevanje).

Predhodniki so dokumentiranje triažnega statusa pripeljali do določene stopnje, glede na razvoj ukrepanja ob množičnih nesrečah pa bo treba stopiti korak naprej.

Omejitev raziskave je, da vprašalnik ni vseboval odprtih vprašanj, da bi anketiranci sami napisali mnenja o predpisanem triažnem kartonu.

Zaključek

Ugotovili smo, da anketiranci niso prepričani v svojo usposobljenost za uporabo predpisanega

triažnega kartona. Stališče anketiranih izvajalcev NMP o predpisanem triažnem kartonu je, da ni popolnoma neuporaben triažni pripomoček, a ima pomanjkljivosti. Anketiranci menijo, da bi triažni karton moral imeti možnost označevanja po barvi triažne kategorije ter možnost spreminjanja kategorije pacienta, če se le-ta med obravnavo spremeni.

V prihodnosti bo treba izboljšati raven usposobljenosti izvajalcev NMP za uporabo predpisanega triažnega kartona ter doseči, da bo raba triažnih kartonov ob množičnih nesrečah rutinska in dosledna. Na podlagi rezultatov raziskave in na podlagi pregleda literature smo ugotovili, da so na področju dokumentiranja triažnega statusa potrebne spremembe. Dejstvo je, da v Sloveniji potrebujemo vrsto triažnega kartona, ki bo zadostovala trenutnim smernicam posredovanja ob množičnih nesrečah in ki ima razvit sistem usposabljanja. Ena od različic triažnih kartonov, ki ustreza večini potreb razvoja, je »SMART Triage Tag«.

O uporabnosti triažnega kartona bi bilo smiselno izvesti še kako raziskavo. Priti do zaključka, ki ne govori v prid predpisanemu triažnemu kartonu, ni kritika, je predlog, kako izboljšati dokumentiranje ob množičnih nesrečah, s tem pa olajšati delo reševalnim ekipam.

Literatura

Analiza množične prometne nesreče na avtocesti A2, ki se je zgodila 27. 11. 2010., 2011. Ljubljana: Javna agencija Republike Slovenije za varnost prometa, p. 35. Available at: [http://www.avp-rs.si/avp/avp-si.nsf/0/35B69C0689E04788C1257861005BA821/\\$FILE/analiza_mnozicne_pn.pdf](http://www.avp-rs.si/avp/avp-si.nsf/0/35B69C0689E04788C1257861005BA821/$FILE/analiza_mnozicne_pn.pdf) [15. 1. 2012].

Analiza nesreče balona, 2012. Ljubljana: Ministrstvo za obrambo Republike Slovenije, Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje – primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Čander, D. & Jelatancev, A., 2006. Vaja »Vlak 2005«. In: Posavec, A. ed. *Dogovor ukrepanja služb na področju PHE Ljubljana: zbornik predavanj. Strokovni seminar Ukrepanje ob množičnih nesrečah*, 1. 27. oktober 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 103–108.

Črešnar, A., 2010. *Vloga reševalca ob množičnih nesrečah: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Doljak, T., Saksida, K. & Šantelj, K., 2008. Predstavitev državne vaje »Trk 2007«. In: Gričar, M. & Vajd, R., eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2008: zbornik. Petnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, Slovenija, 11.–14. junij 2008*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 432–434.

Dujić, D. & Simčič, B. eds., 2013. *Smernice za delovanje sistema nujne medicinske pomoči ob množičnih nesrečah*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Sektor za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva.

Field, K. & Norton, I., 2012. Australian triage tags: a prospective, randomised cross-over trial and evaluation of user preference. *Emergency Medicine Australasia*, 24(3), pp. 321–328. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-6723.2012.01573.x> PMID:22672173

Karton poškodovanca – kratko navodilo za uporabo, (n. d.) Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Killeen, J.P., Chan, T.C., Buono, C., Griswold, W.G. & Lenert, L.A., 2006. A wireless first responder handheld device for rapid triage, patient assessment and documentation during mass casualty incidents. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, pp. 429–433. PMID:17238377; PMCID:PMC1839472

Košir, S., 2008. Bolnišnična oskrba poškodovanih v letalski nesreči 2006 – vaja. In: Gričar, M. & Vajd, R., eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2008: zbornik. Petnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, Slovenija, 11.–14. junij 2008*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 119–123.

Mizumoto, T., Sun, W., Yasumoto, K. & Ito, M., 2011. Transportation scheduling method for patients in MCI using electronic triage tag. In: *The third International conference on eHealth, telemedicine and social medicine*. Guadeloupe (France): International Academy, Research and Industry Association, pp. 156–163.

Mohor, M., 2009. (Ne)pripravljenost predbolnišničnega sistema nujne medicinske pomoči v Sloveniji na velike nesreče. In: Posavec, A. ed. *Zbornik predavanj, strokovni seminar Izvajanje nujne medicinske pomoči in transporta v izrednih razmerah, 19. oktober 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 11–20.

Plan za zbrinjavanje u masovnim nesrećama i uloga hitne medicinske pomoći Republike Srbije., 2007. Niš: Zavod za Hitnu Medicinsku Pomoć Niš, p. 48. Available at: <http://www.hitnaniis.org/index.php/arhiva/item/9-predlog-plana-za-zbrinjavanje-u-masovnim-nesre%C4%87ama-i-uloga-hitne-medicinske-pomo%C4%87i-republike-srbije-2007> [26. 11. 2011].

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 106.

Pyrras, D.G., 2005. *The current state of affairs regarding triage tags in the European Union: thesis*. Novara: Facolta di Medicine, Chirurgia e Scienze della salute, Università degli Studi del Piemonte Orientale »Amedeo Avogadro« (University).

Slabe, D. & Herman, S., 2007. Množične nezgode. In: Ahčan, U. ed. *Prva pomoč: priručnik s praktičnimi primeri*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, pp. 637–644.

Stražar, M. & Kleva, D., 2011. Najhujša prometna nesreča na Slovenskem – Višnja Gora. In: Gričar, M. & Vajd, R. eds. *Urgentna medicina – izbrana poglavja: zbornik. Osemnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 15.–18. junij 2011*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 355–357.

Zabukovšek, D., 2010. *Vloga in kompetence reševalca v prehospitalnem okolju: (diplomsko delo)*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Cite as/Citirajte kot:

Sedej, T. & Fink, A., 2014. Stališča izvajalcev nujne medicinske pomoči o uporabnosti triažnega kartona. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), 50–57. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.13>

Strokovni članek/Professional article

Uporaba hipodermoklize pri zdravstveni obravnavi uporabnikov institucionalnega varstva starejših

Use of hypodermoclysis in the treatment of elderly people in institutional care

Klavdija Kobal Straus

Ključne besede: dehidracija; zapleti; hipodermokliza; prednosti hipodermoklize; zdravstvena nega

Key words: dehydration; complications; hypodermoclysis; advantages of hypodermoclysis; nursing care

mag. Klavdija Kobal Straus,
dipl. m. s., spec., Dom
upokojencev Idrija, Arkova 4,
5280 Idrija
Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
klavdija.kobal.straus@duidrija.si

IZVLEČEK

Uvod: Hipodermokliza je dovajanje tekočin v telo z uporabo podkožne (subkutane) infuzije. Raziskave kažejo, da gre za način, ki je po svoji učinkovitosti primerljiv z bolj poznanim intravenskim nadomeščanjem tekočine.

Metoda: Uporabljena je bila deskriptivna kvantitativna metoda dela. Za potrebe raziskave je bil oblikovan strukturiran vprašalnik, ki je vseboval 14 vprašanj. V raziskavi je sodelovalo 40 vodij zdravstvene nege na področju institucionalnega varstva starejših. Vprašalnik je bil oblikovan in posredovan s pomočjo spletnega orodja Ika dne 10. 2. 2013, zbiranje odgovorov je potekalo do 26. 2. 2013. Analiza podatkov je bila izvedena s pomočjo programskega orodja Ika, paketa MS Office (Word, Excel) in programa SPSS 18.0.

Rezultati: Prepoznavnost in uporaba hipodermoklize se glede na geografsko lego institucije v Sloveniji ne razlikuje ($\chi^2 = 0,440, p = 0,507$). Zapleti, povezani s tovrstnim načinom nadomeščanja tekočine, so redki in niso v neposredni povezavi s tem, kako pogosto se ga izvajalci poslužujejo ($\chi^2 = 0,000, p = 1,000$). Z raziskavo nismo ugotovili statistično značilnih razlik v pogostosti zapletov glede na izobrazbo zdravstveno negovalnega kadra, ki postopek hipodermoklize izvede ($\chi^2 = 3,900, p = 0,420$).

Diskusija in zaključek: Raziskava pokaže, da je hipodermokliza med vključenimi v raziskavo prepoznana in uporabljana. Ker je hipodermokliza varen, enostaven in ekonomsko sprejemljiv način nadomeščanja tekočine, ki ga s področja institucionalnega varstva starejših in bolnišnic lahko prenesemo tudi v domače okolje, mu v prihodnosti velja nameniti več pozornosti.

ABSTRACT

Introduction: Hypodermoclysis is a way of administering fluids to the body by using a subcutaneous infusion. Research shows that this procedure is as effective as the more established intravenous infusion, posing no serious complications.

Method: For this study, a descriptive quantitative method was used. The data were gathered through a structured survey questionnaire specifically designed for the purpose of the study. It consisted of 14 questions. The questionnaire was completed and returned by 40 nursing care managers in the old people's homes. The questionnaire was designed and distributed by means of the Ika web tool on February 10, 2013 and the answers were collected by February 26, 2013. The data analysis was performed using the software package Ika, MS Office (Word, Excel) and SPSS 18.0.

Results: With regard to geographical location of the old people's homes in Slovenia, the familiarity with and the use of hypodermoclysis does not vary substantially ($\chi^2 = 0.440, p = 0.507$). Complications related to this procedure of administering fluids are rare when it is administered in conformity with accepted indications and guidelines. The risks of hypodermoclysis are not directly related to the rate of administration ($\chi^2 = 0.000, p = 1.000$). The research did not establish any correlation between the frequency of complications and the education level of the nursing staff ($\chi^2 = 3.900, p = 0.420$).

Discussion and conclusion: The research shows that hypodermoclysis is an established and widely used procedure among the professionals who took part in the research. As hypodermoclysis is a safe, easy and financially accessible way of administering fluids, suitable for use both in institutions as well as in home care, the time has come for resurrection and evaluation of this alternative infusion technique for widespread future use.

Prispelo/Received: 15. 11. 2013
Sprejeto/Accepted: 14. 2. 2014

Uvod

Voda ima v človeškem telesu številne funkcije. Deluje kot gradbeni material, kot topilo, kot nosilec reakcije in reagent, kot nosilec hranil in odpadnih snovi, vključena je v mehanizem termoregulacije (Jéquier & Constant, 2010). Pomanjkanje vode v telesu/dehidracija, je akutno ogrožujoče stanje (Remington & Hultman, 2007), povzročeno z nezadostnim vnosom, preveliko izgubo tekočine ali še pogosteje s kombinacijo predhodno navedenih vzrokov (Wedro, 2012). Občasno se srečujemo tudi z iatrogeno (npr. z diuretiki) povzročeno dehidracijo (Allison & Lobo, 2004). Dehidracija je stanje, ki so mu bolj izpostavljeni predvsem dojenčki in starejši (Jéquier & Constant, 2010). Upravljanje tekočinskega ravnovesja pri starejših je zaradi fizioloških sprememb, povezanih s staranjem, bistveno bolj kompleksno kakor pri mlajših osebah (Scales, 2011). Dodatno oviro pri ugotavljanju dehidracije starostnika predstavlja dejstvo, da so klasični znaki dehidracije, kot so izguba tonusa kože, žeja, ortostatska hipotenzija, pri starostniku pogosto odsotni (Faes, et al., 2007). Skrb za ustrezno tekočinsko bilanco je ena izmed pomembnih nalog zdravstvene nege (Scales & Pilsworth, 2008).

Hipodermokliza (HDC) je opisana v slovenski strokovni literaturi (Jelen Jurič, 2009) in je alternativa intravenski rehidraciji, čeprav jo tako pacienti kakor njihovi svojci v primerjavi z intravensko rehidracijo dojemajo kot manj učinkovito (Mercadante, et al., 2005). Kljub subjektivni oceni pacientov in njihovih svojcev raziskave (Slesak, et al., 2003; Turner & Cassano, 2004; Remington & Hultman, 2007) kažejo, da sta metodi podkožnega in intravenskega nadomeščanja tekočine primerljivi in enako učinkoviti, pri čemer so pri HDC zapleti redkejši, stroški postopka nižji, udobje pacientov večje, lažje je vzdrževanje hidracije ter manjša nevarnost tekočinske preobremenitve (Arinzona, et al., 2004; Luk, et al., 2008; Chapman, 2011). HDC je postopek, s katerim vnašamo tekočino v podkožni prostor (Fink, et al., 2011). HDC je postopek nadomeščanja tekočine v primerih, ko ne potrebujemo hitrega intravenoznega nadomeščanja tekočine, ko dnevna potreba po nadomeščanju tekočine ne presega 3 litrov dnevno, niso prisotne motnje v strjevanju krvi, ima oseba intaktno kožo (Brown & Worobec, 2000), ni prisoten ascites ali večja oteklina (Clinical Practice Committee, 2006) ter je potrebna korekcija blage do zmerne dehidracije (Chapman, 2011). HDC je kontraindicirana pri šokovnih stanjih, hudih elektrolitskih motnjah ter drugih stanjih, ko je potreben hiter vnos tekočine v velikih količinah, ko je zmanjšana proizvodnja urina, prisotna zmerna do huda ledvična insuficienca, flebitis ali celulitis na mestu infundiranja. Previdnost je potrebna tudi pri pacientih z boleznimi srca in žilja, v področju kože, kjer je bila izvedena radioterapija ali zaradi drugih poškodb tkiva (National Risk Manager, 2012). HDC

je manj učinkovita pri pacientih z nizkimi serumskimi albumini (Chapman, 2011), absorpcija je slabša pri pacientih s slabim perifernim krvnim obtokom in kahektičnih pacientih (Ross, et al., 2002).

Priporočena hitrost toka HDC je 1 ml infuzijske tekočine na minuto. Ob takem toku lahko dosežemo aplikacijo maksimalne količine infuzijske tekočine 1,5 litra/24 h na eno nastavitveno mesto. V kolikor želimo doseči večje vnose, je potrebna nastavitvev HDC na dveh različnih mestih, ob čemer lahko apliciramo do 3 litre infuzijske tekočine/24 h (Chapman, 2011).

Ena izmed večjih prednosti HDC je tudi enostavnost uporabe v domačem okolju pacienta (Scales, 2011), v kolikor so se uporabnik HDC ali njegovi svojci postopka sposobni priučiti (Chapman, 2011). Šibka socialna mreža je lahko razlog, da postopek kljub svoji enostavnosti ni uporaben v domačem okolju in je v tem primeru indicirana hospitalizacija (Dalal & Bruera, 2004). To je zlasti pomembno v luči dejstva, da se države zaradi staranja prebivalstva soočajo s povečanjem finančnih potreb za zagotavljanje ustrezne zdravstvene in socialne oskrbe starejših ter željo in potrebo po iskanju storitev, ki bi se lahko izvajale v domačem okolju (Kerbler, 2011). Le-to podpirajo tudi sodobni koncepti »ageing in place« (staranje v okolju, kjer človek živi) (Nacionalni program socialnega varstva, 2012; Wiles, et al., 2012). Možnost ostati v domačem okolju za večino starostnikov predstavlja ključni element, po katerem vrednotijo kakovost življenja v starosti (Ramovš, 2003). HDC se zlasti na področju gerontologije uporablja že vse od leta 1950 (Barua & Bhowmick, 2005), vendar je v desetletjih, ki so sledila, zaradi poročanja o resnih zapletih, do katerih je prihajalo predvsem zaradi uporabe hipertoničnih raztopin, padla v nemilost (Kamal & Bruera, 2009).

Najpogostejši indikatorji za uporabo HDC so: dehidracija, ki ne zahteva hitrega vnosa tekočine, zmanjšan peroralni vnos tekočine (manj kot 500–1000 ml/dan), ki traja dva dni zapored, žeja, slab turgor kože, zmedenost, splošna oslabeledost, disfagija, otežen venski dostop.

Raziskave kažejo, da se je HDC izkazala kot uporabna in učinkovita metoda nadomeščanja tekočine tako na področju bolnišnične obravnave kakor tudi na področju institucionalnega varstva starejših in tudi v okviru izvajanja storitev zdravljenja in zdravstvene nege na domu uporabnika/pacienta (Barton, et al., 2004). Raziskava, ki sta jo izvedla Lopez in Reyes-Ortiz (2010), ugotavlja, da ja na področju institucionalnega varstva starejših najpogostejša indikacija za uporabo HDC dehidracija (v 64 %) in febrilno stanje (v 21 %). Povprečno trajanje nadomeščanja tekočine s HDC je trajalo 16 dni, dnevno pa je uporabnik s pomočjo HDC prejel v poprečju 1,1 litra tekočine. HDC se je izkazala kot ukrep, ki je pripomogel k zmanjšanju potrebe po hospitalizaciji starostnikov zaradi dehidracije. Gre za enostavno tehniko, katere se je smiselno pogosteje posluževati, pri čemer je treba upoštevati, da morajo biti

tekočine, ki jih s pomočjo HDC vnesemo v podkožni prostor, predpisane s strani zdravnika (Clinical Practice Committee, 2003; National Risk Manager, 2012).

Namen in cilj

Namen raziskave je analizirati prepoznavnost, uporabo in zaplete, povezane s HDC na področju institucionalnega varstva starejših. Cilj raziskave je ugotoviti, ali se HDC na področju institucionalnega varstva starejših uporablja in kako zdravstveno negovalno osebo ocenjuje zaplete, povezane s HDC.

Metode

Raziskava temelji na kvantitativni deskriptivni metodi dela.

Opis instrumenta

Uporabljen je bil vprašalnik, ki je vseboval 14 vprašanj z vnaprej pripravljenimi odgovori ter dodano možnostjo »Drugo«, kamor so anketirani lahko vpisali lasten odgovor. Demografski podatki so vključevali področje dela anketiranega, geografsko lego institucije. Zanimalo nas je, ali se HDC na področju institucionalnega varstva starejših uporablja, kakšni in kako pogosti so pridruženi zapleti in kako prepoznan je tovrsten način nadomeščanja tekočine med dijaki in študenti zdravstvene nege, ki se vključujejo v delovni proces. Anketirani, ki so odgovorili, da HDC ne uporabljajo, so bili izključeni iz analize.

Opis vzorca

Kot vzorec raziskave smo opredelili 78 vodij zdravstvene nege/namestnikov za področje zdravstvene nege v institucionalnem varstvu starejših (v nadaljevanju vodij zdravstvene nege), članov Skupnosti socialnih zavodov Slovenije. Z izpolnjevanjem anketnega vprašalnika je pričelo 48 vodij zdravstvene nege, vendar jih je 8 reševanje pred zaključkom vprašalnika prekinilo. Le-te smo izločili iz nadaljnje statistične obdelave. Končni vzorec tako predstavlja 40 vodij zdravstvene nege, realizacija vzorca je 51 %. Glede na geografsko lego institucij so bili anketirani porazdeljeni v deležih: Gorenjska 20 % ($n = 8$), Štajerska 37,5 % ($n = 15$), Prekmurje 5 % ($n = 2$), Koroška 5 % ($n = 2$), Notranjska 10 % ($n = 4$), Dolenjska 2,5 % ($n = 1$) in Primorska 20 % ($n = 8$).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Kontakti za izvedbo raziskave so bili pridobljeni s pomočjo Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (Skupnost socialnih zavodov Slovenije, 2013), ki nam je za potrebe raziskave posredovala e-poštne naslove vodij zdravstvene nege, katerih institucije so članice

Skupnosti socialnih zavodov. Kontaktni naslovi so javni. Anketni vprašalnik je bil oblikovan in posredovan s pomočjo spletnega orodja Ika na spletne naslove vseh 85 vodij zdravstvene nege. Sistem nam je javil neobstoje/nepравilnost 7 naslovov e-pošte, tako končni vzorec raziskave predstavlja 78 vodij zdravstvene nege v institucionalnem varstvu starejših. Anonimnost je bila zagotovljena s pomočjo programskega orodja Ika, ki onemogoča razpoznavnost kontaktnega naslova izpolnjevalca vrnjenega anketnega vprašalnika. Anketirani so se prostovoljno odločali za sodelovanje v raziskavi. Pošiljanje vabil in zbiranje odgovorov je potekalo od 10. do 26. 2. 2013. Obdelava in predstavitev podatkov je bila izvedena s pomočjo programskega orodja Ika, paketa MS Office (Word, Excel) in programa SPSS 18.0. Uporabljena je bila deskriptivna statistika in test hi-kvadrat (χ^2). Vrednost $p < 0,05$ je določala območje statistične pomembnosti.

Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 40 vodij zdravstvene nege na področju institucionalnega varstva starejših.

Tabela 1: Uporaba HDC glede na geografsko lego institucije
Table 1: Use of HDC with regard to geographical location

Geografska lega institucije	Uporaba postopka HDC	
	da	ne
Vzhodni del Slovenije	<i>n</i>	14
	%	54
Zahodni del Slovenije	<i>n</i>	12
	%	46
Skupaj	<i>n</i>	26
	%	100,0

Legenda/Legend: *n* – absolutno število/absolute number; % – odstotek/percent

Uporaba HDC se glede na geografsko lego institucije v Sloveniji (Tabela 1) ne razlikuje statistično pomembno ($\chi^2 = 0,440$, $p = 0,507$), povsod se uporablja v približno polovici primerov.

Tabela 2: Uporaba HDC na področju institucionalnega varstva starejših
Table 2: Use of HDC in institutional care for the elderly

Ali se v vaši ustanovi poslužujete HDC?	Število (<i>n</i>)	Delež (%)
Da	26	65
Ne	14	35
Skupaj	40	100

Legenda/Legend: *n* – absolutno število/absolute number; % – odstotek/percent

Večji delež anketiranih (65 %) potrjuje, da se HDC kot postopka podkožnega nadomeščanja tekočine poslužujejo (Tabela 2).

Tabela 3: *Prednosti uporabe HDC*
Table 3: *Advantages of using HDC*

Trditev/ vprašanje	Odgovor	Število (n)	Delež (%)
Kaj ocenjujete kot največjo prednost HDC?	Neinvazivnost postopka	9	35
	Uporabnost pri oteženem perifernem venskem dostopu	10	38
	Lažje vzdrževanje aplikacije tekočin	7	27
	Ohranjanje mobilnosti uporabnika	0	0
	Drugo	0	0

Legenda/Legend: n – absolutno število/absolute number; % – odstotek/percent

Kot največjo prednost HDC anketirani navajajo uporabnost pri oteženem perifernem venskem dostopu (38 %) (Tabela 3).

Tabela 4: *Najpogostejši razlogi za uporabo HDC*
Table 4: *The most common reasons for HDC application*

Trditev/ vprašanje	Odgovor	Število (n)	Delež (%)
Najpogostejši razlog za nastavitev HDC uporabniku	Bruhanje	0	0
	Motnja požiranja in posledično nesposobnost zadostne hidracije	12	46
	Nemir in zmedenost	0	0
	Terminalna stanja	5	19
	Povišana telesna temperatura	1	4
	Otežen periferni venski dostop	7	27
	Drugo	1	4

Legenda/Legend: n – absolutno število/absolute number; % – odstotek/percent

Večina (46 %) anketiranih meni, da je najpogostejši razlog za uporabo HDC prisotnost motenj požiranja in posledično nesposobnost zadostnega vnosa tekočine (Tabela 4).

Tabela 5: *Zapleti v povezavi s HDC*
Table 5: *Complications associated with HDC*

Trditev/ vprašanje	Odgovor	Število (n)	Delež (%)
Po vaši oceni se zapleti s HDC pojavijo	Pogosto	0	0
	Občasno	2	8
	Redko	20	77
	Nikoli	4	15
Zaplet, ki so je po vaših izkušnjah ob HDC najpogosteje pojavil	Rdečina	7	27
	Bolečina	0	0
	Večja oteklina	11	42
	Absces	1	4
	Drugo	7	27

Legenda/Legend: n – absolutno število/absolute number; % – odstotek/percent

Večina (92 %) anketiranih meni, da se zapleti v povezavi s HDC pojavijo redno ali nikoli in se najpogosteje (42 %) kažejo kot večja oteklina (Tabela 5).

Tabela 6: *Pogostost zapletov v povezavi s HDC glede na frekvenco uporabe*
Table 6: *The complication rate of HDC in relation to the frequency of use*

Pogostost zapletov	Frekvenco uporabe HDC		
		Pogosto	Občasno ali redko
Pogosto ali občasno	n	1	1
	%	8	8
Redko ali nikoli	n	12	12
	%	92	92
Skupaj	n	13	13
	%	100	100

Legenda/Legend: n – absolutno število/absolute number; % – odstotek/percent

Zanimalo nas je, ali izvajalci institucionalnega varstva starejših, kjer se pogosteje poslužujejo HCD, pogosteje navajajo zaplete, povezane s HDC. Ugotovimo lahko, da so zapleti (v obeh primerih pod 10 %) tako v primeru pogostejšega kakor redkejšega posluževanja posega enako redki (Tabela 6). Zapleti, povezani s tovrstnim načinom nadomeščanja tekočine, so redki in niso v neposredni povezavi s tem, kako pogosto se ga izvajalci poslužujejo ($\chi^2 = 0,000$, $p = 1,000$).

Tabela 7: *Pogostost zapletov v povezavi s HDC glede na izvajalca nastavitve HDC*

Table 7 *The complication rate of HDC in relation to professional qualification of the HDC administrator*

Pogostost zapletov	Izvajalec postopka nastavitve HDC			
		DMS	DMS in SMS	SMS
Občasno	n	2	0	0
	%	17	0	0
Redko ali nikoli	n	10	12	2
	%	83	100	100
Skupaj	n	12	12	2
	%	100	100	100

Legenda/Legend: n – absolutno število/absolute number; % – odstotek/percent; DMS – dipl. m. s./RN; SMS – srednja medicinska sestra/health care assistant

Rezultati (Tabela 7) prikazujejo, da ni statistično značilnih razlik v pogostosti zapletov glede na izobrazbo zdravstveno negovalnega kadra, ki postopek HDC izvede ($\chi^2 = 3,900$, $p = 0,420$).

Diskusija

Po podatkih Skupnosti socialnih zavodov (2013a) je bilo v letu 2012 v Sloveniji 96 izvajalcev institucionalnega varstva starejših. Z raziskavo nam je uspelo zajeti anketirane v vseh pokrajinah v Sloveniji. Večina anketiranih se uporabe HDC pogosto poslužuje. Kot najpogostejša razloga za nastavitev HDC pri uporabnikih anketirani navajajo motnje požiranja (46%) in otežen periferni venski dostop (27 %). Motnje požiranja naj bi pestile kar 15 % starejše populacije (Reginelli, et al., 2013). Prav tako je pogosta težava pri starostnikih otežen venski dostop (Bertoli & Musetti, 2008) ter otežena stabilizacija žile zaradi zmanjšane turgorja kože in izgube podkožnega tkiva (Lawrence, et al., 2010). Nema lokrat je v starosti pridružen tudi delirij (Witlox, et al., 2010). Z nastavitvijo HDC se tudi izognemo pogostemu tveganju odstranjevanja intravenske kanile, posledično tudi odložitvi prejemanja tekočin, kar se dogaja zlasti pri zmedenih starejših (O'Keeffe & Lavan, 1996).

Večina anketiranih navaja, da v primeru, ko ni pridruženih zapletov, ki bi zahtevali menjavo vstopnega mesta podkožne kanile, podkožno kanilo menjajo na do 5 dni, pri čemer praksa variira od 1 do 7 dni ali po potrebi. Tudi klinične študije na to temo ne najdejo enotnega stališča, na podlagi katerega bi se oblikovala priporočila, kako pogosto menjati vstopno mesto HDC (Chapman, 2011). Upoštevajoč smernice za preprečevanje bolnišničnih okužb v Angliji (Pratt, et al., 2006) bi bilo (v primeru, da ni pridruženih zapletov) treba complete, s katerimi zagotovimo distribucijo infuzijske tekočine, menjati na 72 ur, vendar se le-tu ne opredelijo konkretno do postopkov intravenozne in podkožne aplikacije. Na drugi strani AAFP (2001) daje čisto konkretna navodila za menjavo podkožne kanile pri HDC, ki naj bi se izvedla na 4 do 7 dni. Kain in soavtorji (2006) svetujejo, da se vstopno mesto nastavitve HDC lahko uporablja 1 do 14 dni, nato je mesto nastavitve – tudi če ne opazimo lokalnih zapletov – treba zamenjati. Vsekakor je ob menjavi vstopnega mesta treba zamenjati tudi podkožno kanilo (Chapman, 2011), pri čemer je pogostost menjave odvisna tudi od vrste in materiala igle/kanile (Macmillan, et al., 1994; Ross, et al., 2002). Torej lahko zaključimo, da domača praksa sovpa da z doktrino v tujini.

V raziskavi nas je zanimalo tudi, katere infuzijske tekočine se v ustanovah s pomočjo HDC aplicirajo in ali se HDC poslužujejo tudi za aplikacijo zdravil. Anketirani v večini odgovarjajo, da zdravil s pomočjo HDC ne aplicirajo, čeprav se s HDC lahko aplicira določena zdravila (Ross, et al., 2002; Fonzo-Christe, et al., 2005), česar bi se bilo treba bolj posluževati zlasti na področju paliativne oskrbe (Dalal & Bruera, 2004; Lopez & Reyes-Ortiz 2010). Raziskava kaže, da se v praksi kot infuzijska tekočina najpogosteje uporablja fiziološka raztopina in le redko druge. Infuzijske tekočine, ki jih lahko apliciramo s HDC, so 0,9% ali 0,45% raztopina NaCl, mešanice glukoze in fiziološke raztopine v različnih deležih (Sasson

& Shvartzman, 2001), kot dovoljeno raztopino v literaturi redkeje zasledimo tudi ringer laktat in Hartmannovo raztopino (Clinical Practice Committee, 2003). V preteklosti so se pojavljala opozorila pred podkožnim apliciranjem 5% glukoze, vendar naj bi bila opozorila z novjšimi raziskavami (Sasson & Shvartzman, 2001) ovržena. Je pa pri podkožnem apliciranju 5% glukoze potrebno redno spremljanje mesta aplikacije HDC za odkrivanje zgodnjih znakov draženja ali vnetja, povezanega s kislim pH glukoze (3,5–6,5). V literaturi zasledimo tudi opozorilo, da je pri apliciranju 5% glukoze maksimalni dovoljeni dnevni vnos 2 litra (Young, 2007). Upoštevati je treba, da je odločitev o vrsti infuzijske tekočine, morebitnih dodanih zdravilih, kakor tudi hitrosti toka infuzije kompetenca zdravnika (Clinical Practice Committee, 2003). Ob tem je v odnosu do hidracije pomembno zavedanje, da pacienti v terminalnih stanjih ob iztekanju življenja prenehajo jesti in piti. Posledica tega je tudi ustrezno zmanjšanje telesnih izločkov, kar se klinično kaže v zmanjšani količini sline, zmanjšani količini respiratornih izločkov, kar lahko ugodno vpliva na dihanje in kašelj/izkašljevanje. Prav tako naj bi zmanjšanje želodčno-črevesnih izločkov ugodno vplivalo za zmanjšanje slabosti in bruhanja. Na drugi strani zagovorniki parenteralne hidracije zagovarjajo stališče, da dehidracija povečuje tveganje za nemir in zmedenost, zaradi česar je potreba po hospitalizaciji večja (Mayhew, 2002; Chapman 2011). V prid HDC govori tudi podatek, da večina anketiranih meni, da zapleti v povezavi s HDC nastajajo le redko ali nikoli. Kot najpogostejši zaplet anketirani navajajo večjo oteklino in rdečino. Pod možnostjo »Drugo« so anketirani navajali: nič/ni zapletov, manjša oteklina do srednja oteklina, počasna absorbcija, torej zapleti, ki jih navajajo tudi drugi avtorji (Sason & Shvartzman, 2001; Chapman, 2011).

V dokumentu Aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe na področju socialnovarstvenih zavodov (Železnik, et al., 2013) najdemo navodilo, da je za nastavitev HDC kompetentna diplomirana medicinska sestra. Pričujoča raziskava odraža, da nastavitev HDC izvajajo tako srednje kakor diplomirane medicinske sestre, pri čemer nismo ugotovili statistično pomembnih razlik v pogostosti zapletov v povezavi s stopnjo izobrazbe osebe, ki izvede postopek nastavitve HDC. Kot je razvidno iz tujih virov, prevlada stališče, da nastavitev HDC lahko nastavi vsak član zdravstveno negovalnega osebja, ki je kompetenten za izvedbo dajanja podkožne injekcije (Barton, et al., 2004).

Zaključek

Zaključimo lahko, da je HDC na področju zdravstvene nege v institucionalnem varstvu starejših v Sloveniji prepoznani in uporabljeni postopek. Raziskava izkazuje, da so zapleti, povezani s postopkom, redki, najpogosteje izraženi v obliki oteklina na mestu aplikacije. V pričakovanju večanja starejše populacije, vedno bolj omejenih finančnih sredstev upokojencev in

želje ostati v domačem okolju (Hvalec & Kobal Straus, 2012) lahko predvidevamo, da bo pri starostnikih tudi v domačem okolju vedno več stanj, ko bodo potrebne različne intervencije zdravljenja in zdravstvene nege, ki bi bile z ustreznimi postopki in pomočjo obvladljive in vodljive v domačem okolju. Kot je razvidno iz raziskave, je HDC varen in enostaven način nadomeščanja tekočine, ki ga lahko prenesemo tudi v domače okolje in s tem omogočimo starostnikom ostati doma tudi v obdobjih bolezni in nepopolne samooskrbe, hkrati pa lahko zaradi nižjih stroškov pozitivno vplivamo na obremenjenost bolnišnic in zdravstvene blagajne (Kerbler, 2011). HDC je postopek, ki mu v prihodnosti velja nameniti več pozornosti tako v izvedbenem kakor tudi v izobraževalnem smislu, saj tako naše ugotovitve kakor tuje raziskave (Dalal & Bruera, 2004) potrjujejo, da je tovrsten način nadomeščanja tekočine še vedno premalo poznan.

Literatura

- AAFP., 2001. *Hypodermoclysis: a way to replace lost fluids*. Available at: <http://www.rgpc.ca/best/BPC%20-%20Hydration/Hypodermoclysis-Family%20Handout-NP%20Hamilton.pdf> [31. 3. 2013].
- Allison, S.P. & Lobo, D.N., 2004. Fluid and electrolytes in the elderly. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 7(1), pp. 27–33. <http://dx.doi.org/10.1097/00075197-200401000-00006> PMID:15090900
- Arinzona, Z., Feldman, J., Fidelmana, Z., Gepstein, R. & Berner, Y.N., 2004. Hypodermoclysis (subcutaneous infusion) effective mode of treatment of dehydration in long-term care patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(2), pp. 167–173. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2003.09.003> PMID:14698495
- Barton, A., Fuller, R. & Dudley, N., 2004. Using subcutaneous fluids to rehydrate older people: current practices and future challenges. *Quarterly Journal of Medicine*, 97(11), pp. 765–768. PMID:15496532.
- Barua, P. & Bhowmick, B.K., 2005. Hypodermoclysis: a victim of historical prejudice. *Age and Ageing*, 34(3), pp. 215–217. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afi077> PMID:15863406
- Bertoli, S.V. & Musetti, C., 2008. [Vascular access in the elderly: AVF vs CVC. A comment]. *Giornale italiano di nefrologia*, 25(6), pp. 625–627. PMID:19048555
- Brown, M.K. & Worobec, F., 2000. Hypodermoclysis. Another way to replace fluids. *Nursing*, 30(5), pp. 58–59. PMID:10855196
- Chapman, L., 2011. Procedure for the administration of subcutaneous fluids (Hypodermoclysis). Available at: <http://www.tewv.nhs.uk/Global/Polices%20and%20Procedures/Clinical/CLIN-0053-v3%20Administration%20of%20Subcutaneous%20Fluids.pdf> [31. 3. 2013]
- Clinical Practice Committee., 2003. Hypodermoclysis (HDC) administration protocol for palliative care patients. Available at: <http://www.masterpaliativos.com/ArchivosFTP/BackupXII/course files/Documentacion complementaria/hypodermoclysis.pdf> [13. 4. 2013].
- Clinical Practice Committee., 2006. Hospice palliative care, symptom guidelines, dehydration. Available at: <http://www.fraserhealth.ca/media/06FHSymptomGuidelinesDehydration.pdf> [29. 3. 2013].
- Dalal, S. & Bruera, E., 2004. Dehydration in cancer patients: to treat or not to treat. *Journal of Supportive Oncology*, 2(6), pp. 467–487.
- Faes, M.C., Spigt, M.G. & Olde Rikkert, M.G.M., 2007. Dehydration in geriatrics. *Geriatrics and Aging*, 10(9), pp. 590–596.
- Fink, A., Jelen Jurič, J. & Kolar, J., 2011. *Zdravstvena nega starostnika: učbenik za izbirni modul Zdravstvena nega v geriatrični dejavnosti v programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer, p. 216.
- Fonzo-Christe, C., Vukasovic, C., Wasilewski-Rasca, A.F. & Bonnabry, P., 2005. Subcutaneous administration of drugs in the elderly: survey of practice and systematic literature review. *Palliative Medicine*, 19(3), pp. 208–219. PMID:15920935
- Hvalec, Š. & Kobal Straus, K., 2012. Storitve pomoč družini na domu z vidika zadovoljevanja potreb starostnika. In: Skela Savič, B., Hvalič Touzery, S. & Avberšek Lužnik, I. eds. *Aktivno staranje kot multiprofesionalni izziv: zbornik prispevkov z recenzijo. 3. simpozij Katedre za temeljne vede, Begunje, 17. oktober 2012*. Begunje: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 104–113.
- Jelen Jurič, J., 2009. *Hipodermoklizacija - kljub številnim prednostim redko uporabljena metoda hidracije*. Available at: http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.zbornica-zveza.si%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fkongres_zbn_7%2Fpdf%2F242C.pdf&ei=ooETU9jHDOWT4ASVl4CACw&usq=AFQjCNEjWtNc3FR3GjGxd2ZgLfmsB3cJg&sig2=9WkOrcjJuf7oVxcBwrWVtw&bvm=bv.62286460,bs.1,d.Yms [25. 3. 2013].
- Jéquier, E. & Constant, F., 2010. Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(2), pp. 115–123. <http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2009.111> PMID:19724292
- Kain, V.J., Yates, P.M., Barrett, L., Bradley, T., Circosta, M., Hall, A. et al., 2006. Developing guidelines for syringe driver management. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(2), pp. 60–69. PMID:16603994

- Kamal, A.H. & Bruera, E., 2009. Hypodermoclysis - fast fact and concepts. Available at: <http://www.mcw.edu/FileLibrary/User/jrehm/fastfactpdfs/Concept220.pdf?> [1. 4. 2013].
- Kerbler, B., 2011. Trajnostno bivanje starejših. *Revija za geografijo*, 6(2), pp. 41–52. Available at: http://www.ff.um.si/zalozba-in-knjigarna/ponudba/zbirke-in-revije/revija-za-geografijo/clanki/stevilka-6-2-2011/062-06_kerbler1.pdf [7. 4. 2013].
- Lawrence, S, Cromack, D. & Cooper, D., 2010. *Policy for the administration of intravenous antibiotic therapy to adults within the community hospitals and community support teams within bachs*. Available at: <http://www.bradford.nhs.uk/wp-content/uploads/2010/07/IV-Antibiotic-Therapy-Administration-to-Adults-within-Community-Hospitals-and-Community-Support-Teams.pdf> [27. 3. 2013].
- Lopez, J.H. & Reyes-Ortiz, C.A., 2010. Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20(2), pp. 105–113.
- Luk, J.K.H., Chan, F.H. & Chu, L.W., 2008. Is Hypodermoclysis suitable for frail Chinese elderly? *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 3(1), pp. 49–50.
- Macmillan, K., Bruera, E., Kuehn, N., Selmsler, P. & Macmillan, A., 1994. A prospective comparison study between a butterfly needle and a teflon cannula for subcutaneous narcotic administration. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(2), pp. 82–84. PMID:8021539
- Mayhew, M.S., 2002. What should i know about using hypodermoclysis in geriatric patients? Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/413369> [1. 4. 2013].
- Mercadante, S., Ferrera, P., Girelli, D. & Casuccio, A., 2005. Patients' and relatives' perceptions about intravenous and subcutaneous hydration. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(4), pp. 354–358. PMID:16256899
- Nacionalni program socialnega varstva za obdobje 2013–2020., 2012. Osnutek, gradivo za javno razpravo. Available at: http://www.soczbior-sl.si/4Aktualno/Dokumenti/NPSV_2013-2020_121012.pdf [28. 3. 2013].
- National Risk Manager., 2012. *Protocol on subcutaneous (SC) fluids (hypodermoclysis) administration*. Available at: <http://www.cheshire.ie/docs/staff/policies/clinical/MedicationManagement/SubcutaneousFluidAdministrationCLSP16.pdf> [9. 2. 2013].
- O'Keeffe, S.T. & Lavan, J.N., 1996. Subcutaneous fluids in elderly hospital patients with cognitive impairment. *Gerontology*, 42(1), pp. 36–39. PMID:8641599
- Pratt, R.J., Pellowe, C.M., Wilson, J.A., Loveday, H.P., Harper, P., Jones, S.R.L.J. et al., 2006. *National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England*. London: Richard Wells Research Centre, Thames Valley University. Available at: http://microtrainees.bham.ac.uk/lib/exe/fetch.php?media=epic2_20-2021aug06_20final_20draft_20for_20consultation.pdf [9. 4. 2013].
- Ramovš, J., 2003. *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Reginelli, A., Iacobellis, F., Del Vecchio, L., Monaco, L., Berritto, D., Di Grezia, G. et al., 2013. VFMSS findings in elderly dysphagic patients: our experience. *BMC Surgery*, 13 Suppl 2, p. S54. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2482-13-S2-S54> PMID:24267870; PMCID:PMC3851185
- Remington, R. & Hultman, T., 2005. Hypodermoclysis to treat dehydration: a review of the evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(12), pp. 2051–2055. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01437.x> PMID:17971137
- Ross, J.R., Saunders, Y., Cochrane, M. & Zeppetella, G., 2002. A prospective, within-patient comparison between metal butterfly needles and teflon cannulae in subcutaneous infusion of drugs to terminally ill hospice patients. *Palliative Medicine*, 16(1), pp. 13–16. PMID:11963447
- Sasson, M. & Shvartzman, P., 2001. Hypodermoclysis: an alternative infusion technique. *American Family Physician*, 64(9), pp. 1575–1578. PMID:11730312
- Scales, K. & Pilsworth, J., 2008. The importance of fluid balance in clinical practice. *Nursing Standard*, 22(47), pp. 50–57. PMID:18777823
- Scales, K., 2011. Use of hypodermoclysis to manage dehydration. *Nursing Older People*, 23(5), pp. 16–22. PMID:21736101
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije., 2013. Seznam članov s povezavami. Available at: <http://www.ssz-slo.si/seznam-domov-clanov-s-povezavami> [13. 2. 2013].
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije. 2013a. Splošno o domovih in posebnih zavodih. Available at: <http://www.ssz-slo.si/splosno-o-domovih-in-posebnih-zavodih> [26. 3. 2013].
- Slesak, G., Schnürle, J.W., Kinzel, E., Jakob, J. & Dietz, P.K., 2003. Comparison of subcutaneous and intravenous rehydration in geriatric patients: a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(2), pp. 155–160. PMID:12558710

Turner, T. & Cassano, A.M., 2004. Subcutaneous dextrose for rehydration of elderly patients: an evidence-based review. *MC Geriatrics*, 4:2 Available at: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-4-2.pdf> [2. 4. 2013].

Wedro, B., 2012. *Dehydration*. Available at: <http://www.medicinenet.com/dehydration/page2.htm> [3. 2. 2013].

Wiles, J.L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J. & Allen, R.E.S., 2012. The meaning of 'aging in place' to older people. *Gerontologist*, 52(3), pp. 357–366.
<http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr098>
PMid:21983126

Witlox, J., Eurelings, L.S., de Jonghe, J.F, Kalisvaart, K.J., Eikelenboom, P. & van Gool, W.A., 2010. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 304(4), pp. 443–451.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1013>
PMid:20664045

Young, J., 2007. *Administration of Subcutaneous Fluids*. Available at: <http://www.bolton.nhs.uk/Library/policies/NursDA011.pdf> [13. 4. 2013].

Železnik, D., Buček Hajdarević, I., Černivec, J., Lekič Poljšak, V. & Prestor, J., 2013. *Aktivnosti zdravstvene nege in oskrbe na področju socialno varstvenih zavodov*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Citirajte kot/Cite as:

Kobal Straus, K., 2014. Uporaba hipodermoklizze pri zdravstveni obravnavi uporabnikov institucionalnega varstva starejših. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 58–65. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.10>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna načela

Članek naj bo pisan v slovenskem ali angleškem knjižnem jeziku, razumljivo in jedrnato, dolg naj bo največ 5.000 besed. Število besed se nanaša na besedilo članka in ne vključuje naslova, izvlečka, tabel, slik in seznama literature. Avtorji naj uporabijo MS-Wordovo predlogo, ki je dostopna na spletni strani uredništva. Vsi članki, ki so uvrščeni v uredniški postopek, so recenzirani s tremi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja le izvirna, še neobjavljena znanstvena in strokovna dela. Za trditve v članku odgovarja avtor oziroma avtorji, če jih je več (v nadaljevanju avtor), zato mora le-ta biti podpisan s celotnim imenom in priimkom, treba je navesti strokovne naslove in akademske nazive avtorja. Avtor mora pri oddaji članka dosledno upoštevati navodila glede standardizirane znanstvene opreme, videza in tipologije dokumentov. Članku mora priložiti izjavo o avtorstvu na obrazcu, ki je dostopen na spletni strani Obzornika zdravstvene nege. Izjavo morajo lastnoročno podpisati avtor in vsi soavtorji v zaporedju, kot so navedeni v članku. Članek se ne uvrsti v uredniški postopek, dokler pravilno podpisana izjava ne prispe v uredništvo. Uredništvu je treba, v obliki spremnega dopisa, sporočiti odgovornega (kontaktnega) avtorja (njegov celotni naslov, telefonsko številko in e-naslov), ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom. 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 Helsinške 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 in legenda) morajo biti v slovenščini in angleščini. Kadar je članek napisan v angleščini, morajo biti naslov, izvleček in ključne besede objavljeni v slovenščini. Skupno število slik in tabel naj bo največ pet. Tabele in slike naj bodo v besedilu članka na ustreznem mestu. Na vsako tabelo in sliko se mora avtor v besedilu sklicevati. Uporaba sprotnih opomb pod črto ni dovoljena.

Opredelitev tipologije

Uredništvo razvrsti posamezni članek po veljavni tipologiji za vodenje bibliografij v sistemu COBISS (Kooperativni online bibliografski sistem in servisi) (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 uporabljen raziskovalni dizajn. Navedenih naj bo od tri do šest ključnih besed, ločenih s podpičjem, ki natančneje opredeljujejo vsebino članka in ne nastopajo v naslovu. Izvleček naj bo strukturiran, vsebuje naj 150–200 besed. Napisan naj bo v tretji osebi. V izvlečku se ne citira.

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

Uvod (Introduction): Navesti je treba glavni problem, namen raziskave ter ključne spremenljivke raziskave.

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

Rezultati (Results): Opisati je treba najpomembnejše rezultate raziskave, ki odgovarjajo na raziskovalni problem. 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 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 dokazov, v katerem smo ga razvili. Pregled obstoječe literature mora utemeljiti potrebo po naši raziskavi in je osnova za oblikovanje ciljev raziskave, raziskovalnih vprašanj oz. hipotez in načrta raziskave. Uporabimo znanstvena spoznanja in koncepte aktualnih mednarodnih in domačih raziskav, ki so objavljena kot primarni vir in niso starejša od deset let oziroma pet let, če je raziskovalni problem dobro raziskan. Obvezno je citiranje in povzemanje spoznanj raziskav. Na koncu opredelimo namen in cilje raziskave. Priporočamo zapis raziskovalnih vprašanj (kvalitativna raziskava) oz. hipotez (kvantitativna raziskava).

Metode: V uvodu metod navedemo izbrano

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

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

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

Pri *opisu poteka raziskave in obdelave podatkov* navedemo: etična dovoljenja za izvedbo raziskave, dovoljenja za izvedbo raziskave v organizaciji, predstavimo potek izvedbe raziskave, zagotovila za anonimnost vključenih ter prostovoljnost pri vključitvi v raziskavo, obdobje zbiranja podatkov in kraj zbiranja podatkov, način zbiranja, uporabljene metode analize podatkov, 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 podatkov, 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 potrebna pojasnitev vseh uporabljenih kratic. 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 najbolj 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 strokovno delo – uporabnost 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 tako 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, navedemo področja, ki jih nismo raziskali, pa bi bilo pomembno, ali pa smo jih, pa naši rezultati ne dajejo ustreznih pojasnil. Navedemo omejitve svoje raziskave.

Zaključek: Na kratko povzamemo svoje ključne ugotovitve, povzamemo predloge za prakso, predlagamo možnosti nadaljnjega raziskovanja obravnavanega problema.

Za zaključkom sledijo navedbe:

- ali članek vključuje del rezultatov večje raziskave;
- ali je članek nastal v okviru diplomskega, magistrskega ali doktorskega dela; v tem primeru je prvi avtor vedno študent;
- ali je bila raziskava financirana; če je bila financirana, je treba navesti financerja in raziskovalno skupino, v kolikor niso vsi člani skupine avtorji članka;
- morebitne zahvale.

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

Pregledni znanstveni članek je pregled najnovejših raziskav o določenem predmetnem področju z namenom povzemanja, analiziranja, evalviranja ali sintetiziranja informacije, ki so že bile publicirane. 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 uporabljen 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 objav, vrste objav z vidika hierarhije dokazov, ključne besede, jezik.

Rezultati pregleda vključujejo število dobljenih zadetkov, število pregledanih raziskav, število vključenih raziskav in število izključenih raziskav (tabelarni prikaz).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov vključuje oceno uporabljenega pristopa in dobljenih rezultatov ter kakovost vključenih raziskav, uporabljene kriterije za dokončni nabor uporabljenih zadetkov, način obdelave podatkov.

Rezultate prikažemo tako, da uporabimo diagram poteka raziskave skozi faze pregleda, pri izdelavi si lahko pomagamo z mednarodnimi standardi za prikaz rezultatov pregleda literature (primer PRISMA for systematic review). Naredimo analizo kakovosti vključenih raziskav z vidika uporabljenih raziskovalnih metod. 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 mrebiten prepad v 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.

Struktura strokovnega članka (1.04)

Strokovni članek je predstavitev že znanega, s poudarkom na uporabnosti rezultatov izvornih raziskav in širjenju znanja. Struktura strokovnega članka je enaka strukturi izvirnega znanstvenega članka, v kolikor gre za pregled literature pa

strukturi preglednega znanstvenega članka. V njem predstavljamo raziskave, ki obogatijo že obstoječe vedenje o strokovnem problemu, pri čemer pa nismo usmerjeni v podajanje novega znanja in znanstvenih dokazov, temveč v uporabnost rezultatov za izboljšave v strokovnem delu.

Literatura

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo, koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo *harvardski sistem* (Anglia 2008) za navajanje avtorjev v besedilu in seznamu literature na koncu članka. Za navajanje avtorjev v **besedilu** uporabljamo npr.: (Pahor, 2006) ali Pahor (2006), kadar priimek vključimo v poved. Če sta avtorja dva, priimeka ločimo z »&« (Stare & Pahor, 2010). V besedilu navajamo *do dva avtorja*: (Rhodes & Pearson, 2006). Če je avtorjev več navedemo le prvega in dopišemo et al. (Chen, et al., 2007). Če navajamo več citiranih del, jih ločimo s podpičji in jih navedemo kronološko v 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* dodamo 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 »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 avtorje po abecednem redu in *vsa v besedilu citirana ali povzeta dela* (in samo ta!). Citiranje in povzemanje v besedilu ter navajanje v seznamu na koncu članka morajo biti skladni! Sklicujemo se le na objavljena dela. Kadar je avtorjev več in smo v besedilu navedli le prvega ter dodali et al., v seznamu navedemo prvih šest avtorjev in dodamo et al., če je avtorjev več kot šest. V seznamu literature si bibliografski opisi sledijo v abecednem zaporedju, velikost črk 12, z enojnim razmikom, levo poravnano ter 12 pik prostora za referencami (paragraph spacing).

Citirane strani navajamo pri citiranju v besedilu, če dobesedno navajamo citirano besedilo (Ploč, 2013, p. 56) ter v seznamu literature za članke, prispevke na konferencah ...). Če citiramo več strani iz istega dela, strani navajamo ločene z vejico (npr. pp. 15–23, 29, 33, 84–86). Če je citirani prispevek dostopen na spletu, na koncu bibliografskega zapisa navedemo

»Available at:« ter zapišemo URL- ali URN-naslov ter v oglatem oklepaju dodamo datum dostopa [glej primere].

Primeri za citiranje literature v seznamu

Knjige:

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

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

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

Knjige, ki jih je uredil eden ali več urednikov:

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

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

Poglavja oz. prispevki iz knjige, ki jo je uredilo več urednikov:

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

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

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

Anonimno delo (avtor ni naveden):

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

Delo korporativnega avtorja:

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

Članki iz revij:

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

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

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

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

Članki iz suplementa revije in suplementa številke revije:

Halevay, D. & Vemireddy, M., 2007. Is a target hemoglobin A1c below 7% safe in dialysis patients? *American Journal of Kidney Diseases*, 49(2 Suppl 2), pp. S12–S154.

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

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

Prispevki 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: Skela Savič, B., et al. eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 25. in 26. september 2008*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 38–46.

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

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

Diplomska, magistrska dela in doktorske disertacije:

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

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

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

Zakoni, kodeksi, pravilniki:

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

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

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

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

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

Zgoščenke (CD-ROMi):

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

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

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

Avtor, s katerim bo uredništvo komuniciralo, naj na e-naslov uredništva **obzornik@zbornica-zveza.si** pošlje:

- **elektronsko verzijo članka**, in sicer v enem izmed formatov, ki jih prepozna urejevalnik besedil MS Word, in en izvod v formatu PDF (portable document format); ime datoteke članka naj bo v obliki: PRIIMEKPRVEGA AVTORJA_Prve_tri_besede_naslava_članka (npr. BABNIK_Predstavitev_rezultatov_dela);
- **izjavo o avtorstvu** (obrazec je dostopen na spletni

strani revije); natisnjeno izjavo naj podpišejo vsi avtorji v zaporedju, v kakršnem so navedeni v članku; skenirana izjava naj se nato pošlje kot priponka e-pošti; če avtor nima možnosti skeniranja, naj originalni dokument pošlje na naslov uredništva: Obzornik zdravstvene nege, Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana;

- spremni dopis, v katerem naj bosta navedena celotni naslov in telefonska številka odgovornega (kontaktnega) avtorja, ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom.

Za oblikovanje besedila članka naj velja naslednje: velikost strani A4, dvojni razmik med vrsticami, pisava Times New Roman, velikost črk 12 pt in širina robov 25 mm. Priporočamo uporabo oblikovne predloge za članek (word), dostopne na spletni strani Obzornika zdravstvene nege. Članek naj bo pripravljen tako, da si na naslovni strani sledijo: naslov članka v slovenščini in angleščini, ime in priimek avtorja oz. avtorjev, ključne besede in izvleček v slovenščini ter ključne besede in izvleček v angleščini. Sledijo podatki o avtorjih z vsemi strokovnimi naslovi in morebitnimi habilitacijskimi nazivi ter ime ustanove, v okviru katere je delo nastalo. Nujno je navesti korespondenčni oz. kontaktni e-naslov za kontakt z avtorjem. Avtor, ki bo komuniciral z uredništvom, bo v članku naveden kot kontaktni avtor. Sledi morebitna opomba o izvoru članka (npr. diplomsko delo) ter celotno besedilo članka in seznam literature. V članku naj bodo uporabljene enote SI, ki jih dovoljuje Zakon o meroslovju.

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 in legendo uporabljenih znakov. Opisni naslov, ter legenda morata biti v slovenščini in angleščini. V tabeli morajo biti izpolnjena vsa polja, obsegajo lahko največ 57 vrstic. Za njihovo oblikovanje naj velja naslednje: velikost črk 11, 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 sredinska poravnava, vmesne pokončne črte pri prikazu neizpisane. Opisni naslovi in legende razpredelnic naj bodo v slovenščini in angleščini.

Slike naj bodo oštevilčene z arabskimi zaporednimi številkami. Podpisi k slikam (*pod sliko*) naj bodo v slovenščini in angleščini. 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.

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Članek mora biti pripravljen v skladu z navodili, 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. V kolikor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora to pisno pojasniti. Po zaključenem recenzijemskem postopku uredništvo članek vrne avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in pripravi čistopis. Čistopis uredništvo pošlje v jezikovni pregled.

Prvi natis avtor prejme 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 dneh, sicer uredništvo meni, da se avtor s prvim natisom strinja.

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

Recenzentovo delo je odgovorno in zahtevno. S svojimi predlogi in ocenami recenzenti prispevajo k večji kakovosti člankov, objavljenih v Obzorniku zdravstvene nege. Od recenzenta, ki ga uredništvo neodvisno izbere, se pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja na obrazcu 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 potrebno, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem, vendar lahko opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Posebej mora

biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jasen, ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvo članka; ali avtor citira (naj)novejšo literaturo in ali omenja domače avtorje, 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 potrebno 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.

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 e-pošte prejel le vsebino članka brez imena avtorja. Besedilu članka bo priložen obrazec Mnenje in strokovna recenzija, ki je dostopen tudi na spletni strani revije. Če ima recenzent večje pripombe, jih kot utemeljitev za sprejem ali morebitno zavrnitev članka na kratko opiše oz. avtorju predlaga nadaljnje delo. Zaradi večje preglednosti in lažjih dopolnitev s strani avtorja recenzent svoje pripombe in morebitne predloge vnese v besedilo članka, pri tem uporabi možnost, ki jo ponuja MS Word – sledi spremembam (Track changes). Recenzent mora biti pozoren, da pred uporabo omenjene možnosti prikrije svojo identiteto (sledit spremembam, spremeni ime/Track changes, change user name). Končno odločitev o objavi članka sprejme uredniški odbor.

Posodobljeno: 15. 3. 2014

Citirajte kot/Cite as:

Obzornik zdravstvene nege: navodila avtorjem in recenzentom, 2014. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Navodila.aspx> [15. 3. 2014].

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIAN NURSING REVIEW

NAROČILNICA

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

Ime: _____

Priimek: _____

Ulica: _____

Pošta: _____

Obkrožite 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: _____

Kazalo/Contents

UVODNIK/LEADING ARTICLE

Are we aware of our responsibilities for the development of nursing?
Odgovornosti za razvoj zdravstvene nege: jih prepoznamo?
Brigita Skela - Savič

5

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

The contribution of ethnography to understanding nursing work: a comparative review of three nursing ethnographies
Prispevek etnografije k boljšemu razumevanju dela medicinskih sester: primerjalna ocena treh etnografij v zdravstveni negi
Fiona Murphy, Pauline Griffiths, Joy Merrell

12

Health behaviour of adolescents in Slovenia: major results from 2010 and trends from 2002 to 2010
Z zdravjem povezana vedenja med mladostniki v Sloveniji: glavni rezultati iz leta 2010 in trendi od 2002 do 2010
Helena Jeriček Klanšček, Helena Koprivnikar, Maja Zorko, Tina Zupanič

21

Komunikacija na delovnem mestu in njen vpliv na zdravje zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu
The influence of the workplace communication on the health of employees in public health institutions
Anita Štih, Marko Ferjan

30

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

Aplikacija adaptacijskega modela Calliste Roy pri pacientu z rakom in s kronično bolečino
Application of Roy's adaptation model in cancer patient with chronic pain
Majda Čaušević, Jožica Ramšak Pajk

40

STROKOVNI ČLANEK/PROFESSIONAL ARTICLE

Stališča izvajalcev nujne medicinske pomoči o uporabnosti triažnega kartona
Emergency medical care providers' opinions about triage tag usability
Tilen Sedej, Andrej Fink

50

Uporaba hipodermoklize pri zdravstveni obravnavi uporabnikov institucionalnega varstva starejših
Use of hypodermoclysis in the treatment of elderly people in institutional care
Klavdija Kobal Straus

58

