

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



53(2)

Ljubljana 2019

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

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

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

Ustanovitelj in izdajatelj:

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

Glavna in odgovorna urednica:

doc. dr. Mateja Lorber

Urednik, izvršni urednik:

doc. dr. Mirko Prosen

Urednica, spletna urednica:

Martina Kocbek Gajšt

Uredniški odbor:

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

Lektorica za slovenščino:

Simona Jeretina

Lektorici za angleščino:

lekt. mag. Nina Bostič Bishop

lekt. dr. Martina Zajc

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

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

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

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

Naklada: 610 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna knjigovoznica Radovljica

Tiskano na brez kislinškem papirju.

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

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

Izdajo sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

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

REVIEW OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2019 Letnik 53 Številka 2
Ljubljana 2019 Volume 53 Number 2

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

NAMEN IN CILJI

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

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

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

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

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

SLOVENIAN NURSING REVIEW

AIMS AND SCOPE

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

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

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

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

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

KAZALO / CONTENTS**UVODNIK / LEADING ARTICLE**

- Utrinek časa ob stoletnici poklica medicinske sestre na Slovenskem
A hundred years of the nursing profession in Slovenia
Monika Ažman 100

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Prevalence and characteristics of tobacco and cannabis co-use in 15-year-old students in Slovenia
Razširjenost in značilnosti souporabe tobaka in konoplje med 15-letnimi dijaki v Sloveniji
Helena Koprivnikar, Tina Zupanič, Andreja Drev, Helena Jeriček Klanšček 104
- Zadovoljstvo državljanov Republike Slovenije z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji
Satisfaction of the citizens of the Republic of Slovenia with healthcare services
Barbara Zupanc Terglav, Špela Selak, Mitja Vrdelja, Miha Boris Kaučič, Branko Gabrovec 112
- Zdravljenje dojenčkov s kisikom v domačem okolju in izkušnje njihovih staršev
Home oxygen therapy in infants and the experiences of their parents
Marija Korelc, Jožica Ramšak Pajk 119
- Razlike med ocenjevanjem in samoocenjevanjem kliničnega usposabljanja s strani kliničnih mentorjev in študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin
Differences between the evaluation of clinical training by clinical mentors and selfevaluation by the students of the Angela Boškin Faculty of Health Care
Sedina Kalender Smajlovič, Marta Smodiš 128
- Vloga prve skrbstvene sestre Angele Boškin pri profesionalizaciji slovenske zdravstvene nege: zgodovinska raziskava življenjepisa (1912–1944)
The role of the first 'social care nurse' Angela Boškin in the professionalization of Slovenian nursing care: historical biographical research (1912–1944)
Brigita Skela-Savič 137

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

- Etične dileme pri izvajanju zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: pregled literature
Ethical dilemmas in the implementation of nursing care in intensive care unit: literature review
Sedina Kalender Smajlovič 157
- Errata: 53(1), p. 10. 169

Leading article / Uvodnik

Utrinek časa ob stoletnici poklica medicinske sestre na Slovenskem A hundred years of the nursing profession in Slovenia

Monika Ažman

Gradišek (1970) ob praznovanju petdesetletnice delovanja medicinskih sester zapiše, da je sestra Boškinova pred petdesetimi leti s svojim delom in zgle dom prebila led poklicu medicinske sestre pri nas. V obdobju naslednjih petdesetih let se zdi, da je spomin na pionirko poklica na Slovenskem živ kot še nikoli do sedaj. Hkrati pa se zdi, da se nekateri temeljni gradniki stroke tudi v stotih letih niso premaknili z mrtve točke.

V viziji *Strategije razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020* je smelo zapisano, da želimo sodobno, na dokazih temelječo zdravstveno nego in oskrbo, ki bosta osredotočeni na potrebe pacienta, družine in širše družbene skupnosti. Strateška področja razvoja, ki so pomembna za delovanje in razvoj zdravstvene nege in oskrbe, so: izobraževanje, management in vodenje, informatizacija, pravna ureditev in razvoj dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe (*Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020*, 2011).

Republika Slovenija se je z vstopom v Evropsko unijo (EU) zavezala k spoštovanju direktive EU za regulirane poklice 2005/36/EC (Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta 2005/36/, 2005), kjer so opredeljeni minimalni kriteriji za izobraževanje poklicev: zdravnik, zobozdravnik, farmacevt, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica, veterinar, arhitekt. Izobraževanje za poklic medicinska sestra je izobraževanje najmanj na visokošolskem strokovnem programu (VS) zdravstvene nege, ki je usklajeno z direktivo EU (Kadivec, et al., 2013). Ta del strategije se izvaja na osmih visokošolskih zavodih oziroma fakultetah v okviru univerz ali na samostojnih izobraževalnih zavodih na območju celotne države.

Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020 (2011) priporoča, da ministrstvo za

področje srednjega šolstva vpis v izobraževanje na srednješolskih strokovnih in poklicnih programih postopoma znižuje. Pri tem naj upošteva v stroki zastavljeno piramido »obračanja« zaposlenih v zdravstveni negi v korist diplomiranih medicinskih sester / zdravstvenikov v razmerju 70 : 30. Prav tako je treba v socialnovarstvenih zavodih in drugje postopoma zamenjati bolničarje negovalce za tehnike zdravstvene nege. Zdi se, da je področje zdravstvene nege prav na tem področju najšibkejše in edino, ki dobesedno sledi *Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025* (2016) »Skupaj za družbo zdravja«, ki v posebnem poglavju opredeljuje tudi finančno vzdržnost zdravstvenega sistema. Težko je verjeti, da je zapis leta 2019 skoraj enak zapisu iz leta 1970. Gradišek (1970) navaja, da je bila reforma zdravstvenih šol v šestdesetih letih prejšnjega stoletja nujno potrebna, saj šolanje medicinskih sester ne sme biti statično, temveč se mora prav tako kakor drugo strokovno šolstvo dinamično prilagajati družbeni rasti ter se z njo vred vzporedno razvijati. Potemtakem bi petdeset let pozneje razumeli, da bi skladno z razvojem znanosti, tehnologije, medicine, robotike ... sledili tudi razvoju izobraževanja za poklice v zdravstveni negi in bi kot osnovnega sodelavca diplomirani medicinski sestri izobraževali izključno tehnika zdravstvene nege na srednjem strokovnem nivoju. V sistemu zdravstvenega varstva večinski delež še vedno predstavljajo tehniki zdravstvene nege in bolničarji negovalci in ne diplomirane medicinske sestre / zdravstveniki, saj so z vidika zagotavljanja ekonomske vzdržnosti cenejši. Tako vrhnji kot srednji management zdravstvenih in tudi socialnovarstvenih zavodov morata prevzeti odgovornost za ustrezno sestavo negovalnega tima, vezanega na kategorizacijo potreb pacientov po zdravstveni negi. Da bi to znali in zmogli, morajo imeti sodobni managerji v zdravstvu na podiplomskih izobraževanjih pridobljene sposobnosti za upravljanje in

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

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

Prejeto / Received: 10. 6. 2019

Sprejeto / Accepted: 11. 6. 2019

<https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.2.2978>

vodenje ter znanja in kompetence za naslednja področja: komunikacija in gradnja odnosov, znanje o zdravstvu in okolju, sodobni pristopi v vodenju, izgradnja profesionalizma na vseh ravneh, učinkovito upravljanje sistema, razvoj znanj in sposobnosti pri zaposlenih za ustrezen odziv na potrebe okolja, demografski trendi, javnozdravstveni problemi, izgradnja vrednot, ki podpirajo z dokazi podprto delo, odgovornost, kakovost in varnost, medsektorsko povezovanje, udejanjanje politike nenehnega spremljanja in izboljševanja kakovosti ter udejanjanje načel kakovosti, uvajanje informacijske tehnologije v zdravstvu tudi z vidika izboljševanja procesov dela in aktivne vključenosti uporabnikov storitev (American College of Healthcare Executives, 2014 cited in Skela-Savič, 2017; Skela-Savič, 2016b cited in Skela-Savič, 2017). Znanje managementa pa ni edina resna ovira za premik v pravo smer. Morda največji izziv v tem trenutku, ne le za management zdravstvene nege, temveč za celotno slovensko družbo, predstavlja pomanjkanje kadra v zdravstveni negi. Slovenska kategorizacija zahtevnosti bolnišnične zdravstvene nege, ki se izvaja od leta 1997 – najprej v okviru raziskovalnega projekta, od decembra 2004 pa v okviru Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije (SKZBZN) kot najvišjega svetovalnega organa na področju zdravstvene nege, je zanesljivo orodje, primerljivo tudi z mednarodnim okoljem. Za vse izvajalce enotno določa protokol izvajanja, nadzora in zbiranja ter analize podatkov kategorizacije, ki temelji na potrebah pacientov. Analiza podatkov SKZBZN kaže, da pomanjkanje kadra v zdravstveni negi beležimo že od leta 2007, ko je bilo pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege 21,46-odstotno. Analiza podatkov med letoma 2008 in 2013 kaže, da v Sloveniji manjka že 21,78 odstotka izvajalcev zdravstvene nege. Podatki za leto 2014 izkazujejo 23,90-odstotno pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege – tako diplomiranih medicinskih sester kot tehnikov zdravstvene nege. V letu 2015 je bil ta primanjkljaj, kot izhaja iz podatkov SKZBZN, 24,90-odstoten, leta 2016 pa že 25,40-odstoten (Zbornica – Zveza, 2018). Desetletno opozarjanje na preobremenjenost zaposlenih v zdravstveni negi ni obrodilo večjih sadov. Bregar in Skela Savič (2013) opozarjata, da pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema strokovna stališča zaposlenih v zdravstveni negi niso upoštevana, čeprav bi z njihovim sodelovanjem verjetno povečali možnosti za razvoj pravičnega, solidarnega, univerzalnega in učinkovitega sistema zdravstvenega varstva. Zaposleni v zdravstveni negi si želijo in si prizadevajo za pomembnejšo vlogo pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. Znotraj zdravstvenega sistema sodijo med bolj motivirane za spremembe.

Vizija informatizacije zdravstvene nege je razvoj uporabnikom prijazne in sodobne informacijske podpore vsem procesom v zdravstveni negi in oskrbi. Informatizacija zdravstvene nege in oskrbe se razvija in

deluje skladno z nacionalno strategijo e-zdravje (Kodele, 2010 cited in Kadivec, et al., 2013). Enotna uvedba e-recepta in e-napotnice je edino, kar smo v zadnjih desetih letih uspeli doseči na področju informatizacije v slovenskem zdravstvu nasploh. Kdo ve koliko časa, predvsem pa volje bo še potrebno, da bo na ravni države možno enotno spremljanje podatkov za posameznika / pacienta ne glede na to, ali je obravnavan na primarnem, sekundarnem ali terciarnem nivoju. Prav zaradi te nepovezanosti se tudi izvajalci zdravstvene nege izgubljajo v množici administrativnih obremenitev, ki se velikokrat podvajajo, najprej v pisni in nato še v e-obliki. Zdravstvena nega še ni enakovredno vključena v področje e-zdravja.

Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) je izdala prvo tiskano verzijo knjige *Negovalne diagnoze NANDA- I: definicije in klasifikacija 2015–2017*. Poleg tega se prevaja verzija 2018–2020, katere e-licenca bo pomembna osnova za vzpostavitev pogojev, da se zdravstvena nega enakovredno vključi v e-zdravje.

Stanje na področju pravnega reda je za poklicno skupino zaposlenih v zdravstveni negi in oskrbi v naslednjem obdobju treba izboljšati. Tako bodo doseženi cilji, ki bodo dejavnost zdravstvene nege in oskrbe normirali na način, da bodo zaposleni v zdravstveni negi in oskrbi lahko na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti opravljali svoje poslanstvo v pravnih okvirih, ki jim bodo nudili kar največjo stopnjo varnosti in tudi ustrezno mero avtonomnosti, uporabnikom zdravstvenih storitev pa največjo možno kakovost in varnost storitev zdravstvene nege in oskrbe (Kadivec, et al., 2013). *Zakon o dejavnosti zdravstvene in babiške nege ter oskrbe* je s strani strokovne organizacije Zbornice – Zveze pripravljen že dlje časa. Glede na politično nezainteresiranost za začetek postopka sprejema zakona je Zbornica – Zveza skupaj z Ministrstvom za zdravje in sindikati, ki vključujejo izvajalce zdravstvene, babiške nege in oskrbe, intenzivno sodelovala pri pripravi sistemskih rešitev, zapisanih v *Noveli Zakona o zdravstveni dejavnosti* (ZZDej-K), sprejeti 19. septembra 2017. Njen 38. člen rešuje vprašanje negotovosti in statusa izvajalcev s srednjo strokovno izobrazbo, saj ob vstopu Republike Slovenije v EU v letu 2004 in prevzemu Direktive 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij v slovenski pravni red ni bilo ustrezno rešeno (Direktiva Evropskega Parlamenta in Sveta 2005/36/, 2005).

Novela ZZDej-K predvideva, da Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego v sodelovanju z Zbornico – Zvezo in s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje, sprejme dokument prenovljene poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni negi. Minister za zdravje Aleš Šabeder je k omenjenemu dokumentu z naslovom *Poklicne kompetence in aktivnosti izvajalcev v dejavnosti zdravstvene nege* podal soglasje 16. maja 2019, več kot leto dni po zakonsko določenem roku.

Pri nadaljnjem urejanju področja bosta izjemno odgovornost nosila vodstvo zdravstvenih zavodov in management zdravstvene nege, saj predlog novele ZZDej-K predvideva, da izvajalci zdravstvene dejavnosti v aktih o sistemizaciji delovnih mest določijo nova delovna mesta diplomiranih medicinskih sester in delovna mesta tehnikov zdravstvene nege. Kako uspešni bodo, bo pokazal čas.

Vizija razvoja dejavnosti zdravstvene nege in oskrbe, zapisana v *Strategiji razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020* (2011) opredeljuje, da bodo izvajalci zdravstvene nege nenehno nadgrajevali svoje znanje in razvijali na dokazih temelječo zdravstveno nego in oskrbo. Z vključevanjem v interdisciplinarne time bodo pomemben člen celostne obravnave pacienta in bodo sposobni izvajati zdravstveno nego in oskrbo na osnovi poklicnih aktivnosti in kompetenc ter na osnovi lastnih strokovnih smernic, standardov, priporočil, navodil in kliničnih poti. Zares pomembno vlogo na tem področju ima strokovna organizacija Zbornica – Zveza, ki ji je bilo leta 2005 s strani Ministrstva za zdravje prvič podeljeno javno pooblastilo za regulacijo lastne stroke. Prvič je bilo javno pooblastilo podeljeno za tri leta, zadnje pa že za obdobje sedmih let, in sicer od 2016 do 2023. Javno pooblastilo opredeljuje: vodenje registra izvajalcev zdravstvene in babiške nege, izdajanje, podaljševanje in odvzem licence izvajalcem zdravstvene in babiške nege, izvajanje strokovnega nadzora s svetovanjem, načrtovanje specializacij in specialističnih izpitov. Omenjeno pooblastilo regulatorju poklica (Zbornici – Zvezi) nalaga pristojnosti, da bedi nad vseživljenjskim izobraževanjem izvajalcev zdravstvene in babiške nege ter oskrbe, prav tako pa od regulatorjev zahteva razvoj specialističnih področij v zdravstveni negi. Tako je Zbornica – Zveza že opredelila šest področij in pripravila okvir izvedbe kliničnih specializacij za: obravnavo in vodenje pacienta s kronično nenalezljivo boleznijo, specializacijo s področja urgentnih stanj, specializacijo s področja duševnega zdravja, psihiatrije in nevrologije, specializacijo s področja zdravstvene nege in oskrbe pacienta s stomo, kronično rano in inkontinenco (enterostomalne terapije), specializacijo s področja zdravstvene nege v onkologiji in hematologiji ter predlog in strokovno utemeljitev specializacije s področja zdravstvene nege na domu in v lokalni skupnosti.

Zbornica – Zveza je v letu 2017 prvič pripravila lastno strategijo razvoja organizacije za obdobje 2017–2022, v kateri je med drugim zapisano, da se zdravstvena in babiška nega v svetu in Sloveniji razvija v kompleksno, na dokazih podprto ter k pacientu in celostni obravnavi osredotočeno stroko. Zaradi spreminjajočih se zdravstvenih potreb prebivalstva, vedno starejše populacije in vedno krajše zdravstvene obravnave v bolnišnicah medicinske sestre, babice in tehniki zdravstvene nege izzive, ki jih sodobna

družba zahteva od njih, izpolnjujejo s predanostjo, strokovnostjo in znanjem.

Hitremu razvoju in nenehnim spremembam se mora prilagajati tudi Zbornica – Zveza kot enovito strokovno in reprezentativno telo izvajalcev zdravstvene in babiške nege. Čeprav s ponosom gradimo na naši častitljivosti, že več kot devetdesetletni zgodovini ter izjemnih dosežkih naših predhodnic in predhodnikov, smo danes bolj kot kdaj koli prej soočeni z vprašanjem, kako v razmerah, ki nam pogosto niso najbolj naklonjene, narediti nove korake k izboljšanju položaja svojih članic in članov, stroke in same stanovske organizacije. Delujemo v okolju, kjer se od nas vsepovsod pričakuje in zahteva več: več pričakujejo članice in člani, več pričakujejo pacienti, njihovi bližnji in družba kot celota.

Hkrati bolj kot kdaj koli prej naš svet oziroma njegovo dojemanje krojijo množični mediji, vključno s spletnimi. Naš uspeh in položaj tako nista odvisna samo od tega, ali smo nekaj naredili dobro, odlično ali celo izjemno, temveč – in to velja tako v dobrem kot slabem – tudi od tega, če so to opazili in ustrezno prepoznali drugi. To je sodobno okolje, ki pomembno kroji vse naše uspehe, pa naj si gre za dogovarjanje s pristojnimi državnimi institucijami ali povezovanje z drugimi poklicnimi skupinami v zdravstvenem sistemu in izven njega (Strategija Zbornice – Zveze za obdobje 2017–2022 z akcijskim načrtom, 2017).

Izzivov za prihodnost tako strokovne organizacije Zbornice – Zveze, stroke zdravstvene in babiške nege kot izvajalce same zagotovo ne bo zmanjkalo. Visoko pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege, ki smo mu priča v današnjem času, vpliva na kakovost zdravstvenih storitev in na varnost pacientov ter posledično na slabše izide zdravstvene obravnave. Povečanje potreb po dodatnem kadru v zdravstveni negi izhaja iz povečanih potreb pacientov in povečane zahtevnosti zdravstvene nege. Poleg tega zaposleni v zdravstveni negi delajo po zastarelih standardih in normativih iz leta 1984, ki jih je treba nujno posodobiti.

Triletna globalna kampanja »Nursing Now« (2018–2020), ki poteka pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije in Mednarodnega sveta medicinskih sester, nosi pomembno sporočilo o izboljšanju statusa in položaja medicinskih sester in babic po vsem svetu. V kampanjo se je vključila tudi Zbornica – Zveza kot nacionalna strokovna organizacija pod imenom »Nursing Now Slovenija«. S tem tudi slovenske medicinske sestre in babice sporočajo, da želijo zasesti svoje mesto v središču reševanja zdravstvenih izzivov 21. stoletja (Skela Savič, 2019).

Po sto letih delovanja medicinskih sester na Slovenskem verjamemo, da je napočil čas, da oba regulirana poklica dobita samostojno zakonsko osnovo in se tako vzporejata z drugimi tremi reguliranimi poklici v zdravstvu. Vlada skupaj s parlamentom oblikuje politiko in strategijo države. Več vlad preteklega desetletja je zdravstvo postavilo kot prioriteto, tudi

aktualna, zato je skrajni čas, da se zdravstveno in babiško nego umesti v zdravstveno varstvo na mesto, ki ji pripada tako v dobrobit pacientov kot izvajalcev.

Literatura

Bregar, B., & Skela-Savič, B., 2013. Pomen vključevanja zaposlenih v zdravstveni negi pri oblikovanju politike zdravstvenega sistema. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), pp 18–27. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2013.47.1.18> [6. 6. 2019].

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

Gradišek, A., 1970. Petdeset let dela in oblikovanja medicinske sestre na Slovenskem: govor na jubilejni skupščini ZDMSS v Ljubljani dne 5. decembra 1969. *Obzornik zdravstvene nege*, 4(1), pp 8–31. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1970.4.1.8> [6. 6. 2019].

Kadivec, S., Skela-Savič, B., Kramar, Z., Zavrl-Džananović, D., & Bregar, 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. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2013.47.1.97> [6. 6. 2019].

Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2015, 2016. »Skupaj za družbo zdravja«. Uradni list Republike Slovenije št. 25. Available at: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2016-01-0999?sop=2016-01-0999> [8. 6. 2019].

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

Skela-Savič, B., 2019. Svetovna kampanja Nursing Now. *Utrip*, 22(5), pp. 22–24.

Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v republiki Sloveniji za obdobje od 2011 do 2020, 2011. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Available at: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/strategija_razvoja_zn_2011-2020_okt_2011.pdf [8. 6. 2019].

Strategija Zbornice – Zveze za obdobje 2017–2022 z akcijskim načrtom, 2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/strategija-zbornice-zveze-za-obdobje-2017-2022-z-akcijskim-nacrtom-0> [9. 6. 2019].

Zbornica – Zveza, 2018. *Verodostojni in primerljivi podatki o pomanjkanju medicinskih sester*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/verodostojni-primerljivi-podatki-o-pomanjkanju-medicinskih-sester> [8. 6. 2019].

Citirajte kot / Cite as:

Ažman, M., 2019. Utrinek časa ob stoletnici poklica medicinske sestre na Slovenskem. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), pp. 100–103. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.2.2978>

Original scientific article / Izvirni znanstveni članek

Prevalence and characteristics of tobacco and cannabis co-use in 15-year-old students in Slovenia

Razširjenost in značilnosti souporabe tobaka in konoplje med 15-letnimi dijaki v Sloveniji

Helena Koprivnikar, Tina Zupanič, Andreja Drev, Helena Jeriček Klanšček

Key words: psychoactive substances; co-use; co-user characteristics; adolescents

Ključne besede: psihoaktivna snov; souporaba; značilnosti souporabnika; mladostnik

Helena Koprivnikar, MD

Correspondence e-mail /
Kontaktni e-naslov:
helena.koprivnikar@nijz.si

Tina Zupanič, MSc, BSc

Andreja Drev, BSc

Helena Jeriček Klanšček, PhD,
BSc

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

ABSTRACT

Introduction: While the co-use of tobacco and cannabis is common among adolescents, no data on this topic is currently available for Slovenia. The purpose of this study was therefore to explore the prevalence and characteristics of tobacco and cannabis co-use in 15-year-old students in Slovenia.

Methods: We analysed the data obtained from a representative sample of 15-year-old Slovene students ($n = 1615$) who took part in the 2014 Health Behaviour in School-Aged Children international cross-sectional survey, and performed a chi-square test and multivariate logistic regression analyses.

Results: Lifetime tobacco and cannabis use was reported by 19.5 % of 15-year-old students with no gender difference ($p = 0.108$) and was associated with history of drunkenness (OR = 8.18, 95 % C.I. 5.74–11.64), friends' use of cannabis (OR = 3.93, 95 % C.I. 2.67–5.79) and tobacco (OR = 1.83, 95 % C. I. 1.25–2.69), and with lower perceived family support (OR = 0.88, 95 % C.I. 0.80–0.97). Current co-use was reported by 7.2 % with no gender difference ($p = 0.136$) and was associated with a history of drunkenness (OR = 8.06, 95 % C.I. 4.43–14.67), friends' use of cannabis (OR = 3.72, 95 % C.I. 2.23–6.19) and living in a reconstructed family (OR = 3.33, 95 % C. I. 1.74–6.40).

Discussion and conclusion: Our study advocates for expanding preventive and cessation programmes from one to more psychoactive substances. Peers and family are the key factors which need to be addressed in these programmes. They can be reached through the school and healthcare systems. Environmental prevention measures, including legislative measures, create environments promoting healthy choices and thus contribute to the reduction of such co-use.

IZVLEČEK

Uvod: Souporaba tobaka in kanabisa je pogosta med mladostniki, podatkov za Slovenijo ni. Namen raziskave je bil prikazati podatke o souporabi obeh snovi med 15-letniki v Sloveniji.

Metode: V analizo je vključen reprezentativni vzorec slovenskih 15-letnih dijakov ($n = 1615$) iz mednarodne presečne raziskave »Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju 2014«, uporabljena pa hi-kvadrat test in multivariatna logistična regresija.

Rezultati: Kadarkoli v življenju je obe snovi uporabilo 19,5 % 15-letnih dijakov, razlik med spoloma ni ($p = 0,108$). Uporaba obeh snovi kadarkoli v življenju je povezana z opitostjo v preteklosti (OR = 8,18, 95-% I. Z. 5,74–11,64), uporabo konoplje (OR = 3,93, 95-% I. Z. 2,67–5,79) in uporabo tobaka med prijatelji (OR = 1,83, 95-% I. Z. 1,25–2,69) ter nižjo zaznano podporo družine (OR = 0,88, 95-% I. Z. 0,80–0,97). V času raziskave je obe snovi uporabljalo 7,2 % vseh, brez razlik med spoloma ($p = 0,136$). Trenutna souporaba je povezana z opitostjo v preteklosti (OR = 8,06, 95-% I.Z. 4,43–14,67), uporabo konoplje med prijatelji (OR = 3,72, 95-% I.Z. 2,23–6,19) in rekonstruirano družino (OR = 3,33, 95-% I.Z. 1,74–6,40).

Diskusija in zaključek: Raziskava podpira širitev programov preprečevanja in opuščanja z ene na več psihoaktivnih snovi. Vrstniki in družina so ključni dejavniki, ki jih moramo nasloviti v preventivnih programih; do njih dostopamo v šolskem in zdravstvenem sistemu. Okoljska preventiva, vključno z zakonodajnimi ukrepi, kreira okolja, spodbudna za zdrave izbire, in prispeva k zmanjšanju souporabe.

Introduction

Tobacco and cannabis are the most commonly used substances in Europe, and their use typically begins in adolescence (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2017). Substantial proportions of adolescents either experiment with tobacco and cannabis or use both substances (Ramo, et al., 2012; Webster, et al., 2014; Badiani, et al., 2015; Hublet, et al., 2015; EMCDDA, 2017). The effects on the brain produced by the co-use of tobacco and cannabis are different than those produced by the use of either substance on its own and are associated with a range of physical, psychological and behavioural problems (Subramaniam, et al., 2016). Consistent consequences of such co-use are mental health symptoms; some studies also show an increase in other risk behaviours and neurocognitive effects. While the association with physical health is less evident, studies indicate an association with respiratory problems and poorer lung function already in young adulthood (Ramo, et al., 2012). Early tobacco use also increases the risk of cannabis dependence and use disorder, while cannabis use in adolescence increases the risk of heavier smoking patterns and development of nicotine dependence (Agrawal, et al., 2011; Peters, et al., 2012; Ramo, et al., 2012; Brook, et al., 2015). There are positive associations between tobacco and cannabis use among adolescents and young adults; tobacco use is associated with cannabis use and vice versa. Less is known about the factors associated with the co-use of tobacco and cannabis in youth. Studies show significant associations with mental and physical health, parenting/family, school and other environmental characteristics (Ramo, et al., 2012).

While in Slovenia, the data on adolescents' use of tobacco or cannabis respectively is available, much less is known about the prevalence and characteristics of the co-use of tobacco and cannabis. Among 15-year-old students, 40.0 % reported a lifetime use of tobacco and 21.1 % a lifetime use of cannabis, 18.9 % of 15-year-old students currently smoke tobacco, and 10.3 % have used cannabis during the last 30 days (Jeriček Klanšček, et al., 2015). We found no published data on the prevalence and characteristics of tobacco and cannabis co-use in adolescents in Slovenia.

Aims and objectives

The aim of the study is to present data on the co-use of tobacco and cannabis (lifetime and current use) in 15-year-old students in Slovenia and to examine the relationship between such co-use and selected socio-demographic, individual, school, family, mental health characteristics and peer use of tobacco and cannabis. The following research questions will be addressed:

- What is the extent of tobacco and cannabis co-use among 15-year-olds in Slovenia?

- What are the characteristics of co-users of tobacco and cannabis in comparison to non-users?

Method

The study was based on an observational quantitative research method (cross-sectional study on a nationally representative sample).

Description of the research instrument

The World Health Organization's (WHO's) international cross-sectional survey Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) was carried out on a nationally representative sample of 11-, 13- and 15-year-old students (Jeriček Klanšček, et al., 2015; Inchley, et al., 2016).

The study questionnaire included questions on a variety of topics related to youth health behaviour, including tobacco and cannabis use, but not for all age groups. Only the questionnaire for 15-year-old students included questions on cannabis use, so for the purpose of this study only the data for 15-year-old students were used and analysed.

Lifetime co-use of both tobacco and cannabis refers to cases when a study participant reported such use on at least one day in their lifetime. Lifetime smoking of cigarettes was measured using the question "On how many days (if any) have you smoked cigarettes in your lifetime?" with possible answers: never, 1–2 days, 3–5 days, 6–9 days, 10–19 days, 20–29 days and 30 days or more. Lifetime use of cannabis was measured using the question "Have you ever taken cannabis in your life (on how many days)?" with the same possible answers. In the following text, we refer to lifetime cigarette smoking as lifetime smoking or tobacco use, as a vast majority of 15-year-old students in Slovenia smoke cigarettes (Koprivnikar & Zupanič, 2017).

Current co-use of both tobacco and cannabis refers to cases when a study participant reported both current tobacco smoking and current cannabis use. Current (weekly and daily) tobacco smoking was measured using the question "How often do you smoke tobacco at present?", with possible answers: every day; at least once a week, but not every day; less than once a week and I don't smoke. Use of cannabis during the last 30 days was measured by the question "Have you used cannabis in the last 30 days (on how many days)?" with the following possible answers: never, 1–2 days, 3–5 days, 6–9 days, 10–19 days, 20–29 days and 30 days or more. In the following text, we refer to the use of cannabis during the last 30 days as current cannabis use.

Age at first smoking of cigarettes was measured using the question "At what age did you first smoke a cigarette (more than a puff)?", while age at first use of cannabis was measured using the question "At what age did you first use cannabis?", with the following

response options: never, 11 or earlier, 12, 13, 14, 15 and 16 years. We assessed the associations of the co-use of tobacco and cannabis with gender, a subjective assessment of family affluence, peers' use of tobacco or cannabis, the participant's use of alcohol (having been drunk on two or more occasions), family and parenting characteristics (family type, perceived family support, perceived family communication, spending time with friends after 8 p.m. every day), school characteristics (the type of school programme, perceived school performance, liking school, perceived teachers' support), and measures of mental and physical health (feelings of depression, self-rated health, emotional and behavioural difficulties). More information about these measures is available in published reports (Jeriček Klanšček, et al., 2015; Inchley, et al., 2016).

Description of the research sample

Data from the Ministry of Education, Science and Sport on the enrolment and number of classes for the 2013/2014 school year served as the basis for the sample frame. School class was the primary sampling unit; classes were randomly selected from the list of all relevant classes. A stratified two-stage sampling was used. During the first stage, primary and secondary schools were selected; during the second stage, classes within different secondary school programmes were selected (grammar school, 4-year technical school, middle vocational school and lower vocational school). The survey was performed in February 2014 through a self-administered web questionnaire. The final response rate (based on selected classes) was 92.7 %. The survey methodology is described in detail in study reports by Jeriček Klanšček and colleagues (2015) and Inchley and colleagues (2016). The final study sample consisted of a total of 1.615 15-year-old students, of whom there were 46.1 % boys and 53.9 % girls. Overall, 40.9 % were enrolled in grammar schools, 38.2 % in technical schools, and 20.9 % in vocational schools. The respondents for whom the data on tobacco smoking or cannabis use were missing were coded as missing.

Description of the research procedure and data analysis

The web survey was carried out with the assistance of school counsellors or teachers in February of 2014. The research group guaranteed the anonymity and voluntariness of participation. All analyses were conducted using SPSS ver. 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). We used the chi-square test (χ^2) to examine the association between the selected variables. Multivariate logistic regression analyses were performed to estimate the odds ratio (OR) and their 95 % confidence intervals (95 % CI) with two-sided probability (p) values. A p value of < 0.05 was considered as statistically significant (in both analyses). We prepared two models: in the first model, we estimated the OR for lifetime use of both substances, and in the second one, we estimated the OR for current use of both substances. In both models, we compared the users of both substances with all other 15-year-old students in the study. In both models, respondents with missing data on tobacco smoking, cannabis use, or any of the independent variables were excluded from further analyses.

Results

Lifetime and current co-use of tobacco and cannabis

Overall, 20.5 % of 15-year-old students reported a lifetime use of only tobacco, 1.9 % reported a lifetime use of only cannabis, 19.5 % reported a lifetime use of both substances, while 58.1 % of all participants had not used tobacco or cannabis in their lifetime. Out of the whole sample, 11.3 % of 15-year-old students currently smoked tobacco only, 3.1 % currently used cannabis only, and 7.2 % reported current co-use of tobacco and cannabis, while 78.4 % did not currently use either tobacco or cannabis. Table 1 shows the percentages of lifetime and current co-use of tobacco and cannabis among 15-year-old students by gender.

Among current tobacco smokers, 38.8 % reported current cannabis use (44.4 % of weekly tobacco smokers and 53.5 % of daily tobacco smokers). Conversely, among current cannabis users, 69.8 %

Table 1: Co-use of tobacco and cannabis (lifetime, current) among 15-year-old students, total and by gender

Tabela 1: Souporaba tobaka in konoplje (kadarkoli v življenju, trenutno) med 15-letnimi dijaki, skupno in po spolu

Co-use of tobacco and cannabis / Souporaba tobaka in konoplje	Total n(%) / Skupaj n(%)	Boys n(%) / Fantje n(%)	Girls n(%) / Dekleta n(%)	p value / p vrednost	Estimated no. of users a* / Ocena števila uporabnikov a*
Lifetime co-use	286 (19.5)	140 (21.4)	146 (18.0)	0.108	3951
Current co-use	111 (7.2)	58 (8.3)	53 (6.3)	0.136	1459

Legend / Legenda: a – estimated number of users among 15-year-olds of both genders in Slovenia / ocena števila uporabnikov med 15-letniki obeh spolov v Sloveniji; * – calculated on number of enrolled 15-year-olds for the 2013/2014 school year / izračunano na osnovi števila všolanih 15-letnikov v šolskem letu 2013 / 2014; % – percentage / odstotek; n – number / število; p – statistical significance / statistična značilnost

were current tobacco smokers (55.3 % of these were weekly tobacco smokers and 42.8 % were daily tobacco smokers). Current tobacco smokers showed increased odds of current cannabis use ($\text{Exp}(B) = 16.0$, 95 % C.I. = 11.0–23.2) compared to 15-year-old students who

currently did not smoke tobacco. Current cannabis users showed increased odds of current tobacco smoking ($\text{Exp}(B) = 16.0$, 95 % C.I. = 11.0–23.2) compared to 15-year-old students who currently did not use cannabis.

Table 2: Results of the multivariate logistic regression examining the relationship among different characteristics and co-use of tobacco and cannabis (lifetime, current)

Tabela 2: Rezultati multivariatne logistične regresije povezav med različnimi značilnostmi tistih, ki poročajo o souporabi tobaka in konoplje (kadarkoli v življenju, trenutna)

<i>Co-use of tobacco and cannabis / Souporaba tobaka in konoplje</i>		<i>Lifetime co-use / Souporaba kadarkoli v življenju</i>		<i>Current co-use / Trenutna souporaba</i>	
<i>Characteristics / Značilnosti</i>	<i>Categories / Kategorije</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>95 % C.I.</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>95 % C.I.</i>
Gender	Girls	1.00	/	1.00	/
	Boys	1.22	0.85–1.75	1.40	0.83–2.44
Have been drunk on two or more occasions	No	1.00	/	1.00	/
	Yes	8.18***	5.74–11.64	8.06***	4.43–14.67
Friends' use of tobacco	None / few	1.00	/	1.00	/
	Most / all	1.83**	1.25–2.69	1.69	0.90–3.16
Friends' use of cannabis	None / few	1.00	/	1.00	/
	Most / all	3.93***	2.67–5.79	3.72***	2.23–6.19
Type of school programme	Grammar school	1.00	/	1.00	/
	Technical school	1.03	0.71–1.50	1.50	0.85–2.64
	Vocational school	0.76	0.47–1.24	1.60	0.81–3.18
Perceived school performance	Good or very good	1.00	/	1.00	/
	Average/below average	1.02	0.70–1.47	1.14	0.68–1.91
Liking school a lot	Yes	1.00	/	1.00	/
	No	1.14	0.80–1.64	0.68	0.40–1.15
Perceived lack of support from teachers ^a		1.18	0.92–1.51	1.24	0.88–1.75
Subjective assessment of family affluence	Above average	1.00	/	1.00	/
	Average	0.87	0.60–1.25	1.01	0.59–1.73
	Below average	0.85	0.49–1.47	1.48	0.74–2.98
Family type	Both parents	1.00	/	1.00	/
	Single parent	1.08	0.66–1.77	0.90	0.45–1.80
	Reconstructed/other	1.60	0.93–2.76	3.33***	1.74–6.40
Perceived family support ^a		0.88*	0.80–0.97	0.95	0.82–1.09
Perceived lack of family communication ^a		1.12	0.90–1.40	1.09	0.81–1.48
Spending time with friends after 8 p.m. every day	No	1.00	/	1.00	/
	Yes	1.11	0.55–2.25	1.95	0.90–4.22
Feelings of depression	No	1.00	/	1.00	/
	Yes	1.04	0.70–1.54	1.22	0.70–2.13
Self-rated health	Good / very good	1.00	/	1.00	/
	Fair / poor	1.26	0.80–1.99	1.56	0.86–2.83
Strengths and Difficulties Questionnaire	Normal	1.00	/	1.00	/
	Borderline	1.08	0.66–1.76	1.46	0.78–2.76
	Elevated	0.93	0.52–1.64	0.83	0.38–1.81

Legend / Legenda: a – continuous variable / kontinuirana spremenljivka; * – statistical significance set at $p < 0.05$ / statistična značilnost pri $p < 0.05$; ** – statistical significance set at $p < 0.01$ / statistična značilnost pri $p < 0.01$, *** – statistical significance set at $p < 0.001$ / statistična značilnost pri $p < 0.001$; $\text{Exp}(B)$ – odds ratio (OR) / razmerje obetov; 95% C. I. – 95 % confidence interval / 95% interval zaupanja

Age at first use of tobacco and cannabis

Among 15-year-old students who reported lifetime use of both substances, altogether 52.8 % used tobacco first, 6.5 % used cannabis first, while 40.8 % reported first use of both substances at the same age. The 15-year-old students with early first use of cannabis (at age 13 or younger) showed increased odds of current tobacco smoking ($\text{Exp}(B) = 10.3$, 95 % C.I. = 5.3–20.2), current weekly tobacco smoking ($\text{Exp}(B) = 7.9$, 95 % C.I. = 4.2–14.9) and current daily tobacco smoking ($\text{Exp}(B) = 8.1$, 95 % C.I. = 4.2–15.6) compared to those who had first used cannabis at age 14 or 15. The 15-year-old students with early initiation of smoking (at age 13 or younger) did not show increased odds of current use of cannabis compared to those who had first used tobacco at 14 or 15 years of age ($\text{Exp}(B) = 1.3$, 95 % C.I. = 0.9–1.9).

Characteristics of co-users of tobacco and cannabis

Table 2 shows the results of our multivariate logistic regression analyses of various factors associated with lifetime ($n = 1361$, $p = 0.889\%$, explanation of variability = 41.2 %) and current ($n = 1438$, $p = 0.951\%$, explanation of variability = 35.8 %) co-use of tobacco and cannabis. Lifetime co-users of tobacco and cannabis show increased odds of experiencing drunkenness on two or more occasions in their lifetime ($\text{Exp}(B) = 8.18$, 95 % C.I. = 5.74–11.64, $p < 0.001$), having more friends who use tobacco ($\text{Exp}(B) = 1.83$, 95 % C.I. = 1.25–2.69, $p = 0.002$), having more friends who use cannabis ($\text{Exp}(B) = 3.93$, 95 % C.I. = 2.67–5.79, $p < 0.001$), and having lower perceived family support ($\text{Exp}(B) = 0.88$; 95 % C.I. = 0.80–0.97, $p = 0.012$). Current co-users of tobacco and cannabis show increased odds of experiencing drunkenness on two or more occasions ($\text{Exp}(B) = 8.06$, 95 % C.I. = 4.43–14.67, $p < 0.001$), having more friends who use cannabis ($\text{Exp}(B) = 6.19$, 95 % C.I. = 2.23–6.19, $p < 0.001$), and coming from a reconstructed/other type of family ($\text{Exp}(B) = 3.33$, 95 % C.I. = 1.74–6.40, $p < 0.001$).

Discussion

Even though the majority of 15-year-old students in Slovenia had never in their lifetime co-used (54 %) or did currently not co-use (74 %) tobacco and cannabis, a substantial proportion did, despite the fact that cannabis is an illicit drug and there is a ban on the sale of tobacco products to those under 18 years of age. Approximately one in five subjects (18 %) reported lifetime use of both substances, and approximately one in fourteen (7 %) currently used both substances. Co-use of tobacco and cannabis among 15-year-old students in Slovenia is close to that reported for 15-year-old students in Eastern European countries, where 8 % used both substances and 73 % reported no use (Hublet, et al., 2015).

Our study shows no significant differences in lifetime or current use of both substances by gender, and some, but not all, other studies show similar results regarding gender differences (Suris, et al., 2007; Suris, et al., 2010; Ramo, et al., 2012; Webster, et al., 2014; Badiani, et al., 2015). These findings support the notion that the use of both substances should be considered equally important in both genders.

It is significantly more likely for those 15-year-old students who currently smoke tobacco to also be current users of cannabis than is the case for current non-smokers, and, in turn, it is significantly more likely for those who currently use cannabis to also be current tobacco smokers than is the case for those who currently do not use cannabis. This is in line with other studies showing that the use of either tobacco or cannabis increases the likelihood of the use of the other drug, as they each support and reinforce the use of the other (Agrawal, et al., 2012; Ramo, et al., 2012; Badiani, et al., 2015). There are several possible mechanisms linking tobacco and cannabis use, among others these can be genetic and environmental (Agrawal, et al., 2011; Badiani, et al., 2015). The two substances also share a common route of administration, i.e. smoking. Furthermore, cannabis can be smoked by itself or can be rolled with small amounts of tobacco (Agrawal, et al., 2012; Ramo, et al., 2012).

As shown by the results of our study, the majority (around 70 %) of cannabis users also smoke, while around 40 % of smokers also use cannabis. According to data from other countries, this could change in the future. As stated by Webster and colleagues (2014), in the early 1990s, Canada reported a situation similar to that shown by our study; however, recent Canadian data show that the share of smokers among cannabis users has decreased to 25 %, while the share of cannabis users among smokers has increased to 92 %. The authors suspect this could be the result of a changed perception of cannabis and tobacco use as a deviant/normative behaviour. While cannabis use may be an increasingly normative behaviour, smoking may have become a more socially deviant behaviour as a result of the decreasing prevalence of tobacco use among youth due to stricter tobacco control measures (Webster, et al., 2014). In Slovenia, the new strict tobacco control law introduced in the beginning of 2017 will most likely contribute to future changes in the perception of smoking; it includes large graphic health warnings on the packaging of tobacco products that are intended for smoking, plain packaging of cigarettes and hand-rolling tobacco, a total ban on advertising, display and promotion of tobacco products, a ban on characteristic flavours in cigarettes and hand-rolling tobacco, permissions for selling tobacco, a ban on smoking in all vehicles in the presence of minors (ZOUTPI, 2017).

Approximately one half of the 15-year-old students who reported a lifetime use of both substances had used tobacco before they had used cannabis; around 40 % had

used both at the same age, while the minority (6.5 %) had used cannabis first. Other studies also show similar findings (Leatherdale, et al., 2007; Agrawal, et al., 2011; Green, et al., 2016). The sequence of drug use could to some extent reflect its ease of access and youth may use tobacco prior to cannabis due to its availability (Agrawal, et al., 2012). Overall, 66 % and 45 % of 16-year-olds in Slovenia report the availability of tobacco and cannabis to be very easy or fairly easy (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [ESPAD], 2016).

In our study, early use of cannabis (at age 13 or younger) was associated with increased odds for current smoking, while early cigarette smoking did not increase the odds for current cannabis use. The majority of other studies show that early use of either tobacco or cannabis is positively associated with later use of the other substance (Patton, et al., 2005; Leatherdale, et al., 2007; Agrawal, et al., 2011; Ramo, et al., 2012; Taylor, et al., 2017), but studies typically include participants of an older average age than those included in our study (Patton, et al., 2005; Leatherdale, et al., 2007; Agrawal, et al., 2011; Agrawal, et al., 2012). The impact of age at initiation could become more apparent at later ages, e.g., in late adolescence or young adulthood (Leatherdale, et al., 2007; Ramo, et al., 2012).

While there are numerous studies on the characteristics associated with tobacco use or cannabis use, fewer focus on the characteristics associated with co-use. The available studies focusing on adolescents and young adults have revealed significant positive associations between the use of both substances and aspects of mental and physical health, such as high-intensity pleasure temperament, externalizing mental health symptoms, perceived general health (Ramo, et al., 2012) and anxiety (Brook, et al., 2012; Ramo, et al.,), with the history of drunkenness/alcohol misuse (Suris, et al., 2007; Suris, et al., 2010; Ramo, et al., 2012; Schauer & Peters, 2018) and vocational education (Ramo, et al., 2012). An authoritative parenting style (Ramo, et al., 2012), living with both parents (Suris, et al., 2007; Ramo, et al., 2012), a better relationship with parents (Brook, et al., 2012), better grades (Suris, et al., 2007; Suris, et al., 2010; Ramo, et al., 2012) and school enrolment have been found to be protective factors, while a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder and self-control have been found to be negatively associated with the use of both substances (Ramo, et al., 2012). While in some studies, sensation-seeking personality traits, depression symptoms, mood disorder and conduct disorder have been found to have no relationship with co-use (e.g., Ramo, et al., 2012), in other studies, such associations have been shown (e.g., Brook, et al., 2015). There is a lack of studies focussing on the associations of co-use with peer characteristics (Ramo, et al., 2012). In our study, the factors which were found to be positively associated with lifetime

and current use of both substances are a history of being drunk, friends' use of cannabis and family characteristics (lower level of perceived family support in lifetime co-use and a reconstructed or other type of family in current co-use). Additionally, friends' use of tobacco was positively associated with a lifetime use of both substances. The model in our study included many factors previously shown to have significant associations with the use of both substances and the results are mostly consistent with other studies. While according to other studies, we could expect self-rated health, other family factors, and vocational education to have significant associations with co-use, this was not the case in our model. This could also be related to our selection of variables, the age of study participants or the selection of the comparison group.

To our knowledge, our study is the first one on tobacco and cannabis co-use to be published for Slovenia on a representative sample of adolescent students. Independent variables analysed in this study explained a large proportion of variability in all models. Our study does not include school dropouts, as this could lead to an underestimation of use of both substances. Other limitations of our study are its cross-sectional design, which does not allow for any conclusions on causality or chronology, and possible underreporting due to self-reported data. Data on the age of initiation of tobacco or cannabis use may be subject to recall bias, but as these are quite recent events for study participants, we assume that such bias is not significant. The missing data (tobacco and cannabis use) accounted for 2.2 %, which should not have any significant impact on the results.

As has already been emphasised by other researchers (Ramo, et al., 2012), studies addressing substance use in adolescence and young adulthood should assess multiple substance use as this has been shown to be a common behaviour, which deserves more research attention (Hublet, et al., 2015). Due to past changes in the questions about cannabis use we were not able to analyse the trends in the use of both substances, and this should therefore be the objective of future research. To facilitate further improvement in prevention efforts, future research should also focus on risk and protective factors for early initiation.

Conclusion

Co-use of tobacco and cannabis is present in a substantial share of 15-year-old students in Slovenia. We should recognise the fact that the use of both substances is an existing and substantial problem in adolescents in Slovenia, as well as the fact that this problem is equally prevalent in both genders. The use of either tobacco or cannabis is positively associated with the use of the other and is associated with common factors such as a history of drunkenness and peers' use of tobacco and cannabis. The impact of substance use, such as tobacco

and cannabis, on public health is significant and an early prevention is of utmost importance. Our findings support the notion that the preventive and cessation programmes targeted at one substance should be expanded to include more substances, such as tobacco, cannabis, as well as alcohol.

Conflict of interest / Nasprotje interesov

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

Funding / Financiranje

The study was financed by the Ministry of Health of the Republic of Slovenia. / Raziskavo je finančno podprlo Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.

Ethical approval / Etika raziskovanja

The study was approved by the Republic of Slovenia National Medical Ethics Committee on 29 October 2013 under the number 139/10/13. / Raziskava je bila odobrena s strani Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko 29. oktobra 2013, št. dopisa 139 / 10 / 13.

Author contribution / Prispevek avtorjev

All authors contributed to this article. The second author conducted the statistical analysis. The first and third authors wrote the article, while the fourth author contributed to the preparation of the final version of the article. / Vse avtorice so sodelovale pri zasnovi članka. Druga avtorica je pripravila statistične analize podatkov. Prva in tretja avtorica sta napisali članek, četrta avtorica je sodelovala pri pripravi zadnje verzije besedila.

Literature

Agrawal, A., Budney, A.J. & Lynskey, M.T., 2012. The co-occurring use and misuse of cannabis and tobacco: a review. *Addiction*, 107(7), pp. 1221–1233. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03837.x> PMID:22300456; PMCID:PMC3397803

Agrawal, A., Scherrer, J.F., Lynskey, M.T., Sartor, C.E., Grant, J.D., Haber, J.R., et al., 2011. Patterns of use, sequence of onsets and correlates of tobacco and cannabis. *Addictive Behaviors*, 36(12), pp. 1141–1147. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.005> PMID:21820810; PMCID:PMC3183489

Badiani, A., Boden, J.M., De Pirro, S., Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Harold, G.T., 2015. Tobacco smoking and cannabis use in a longitudinal birth cohort: evidence of reciprocal causal relationships. *Drug and Alcohol Dependence*, 150, pp. 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.02.015> PMID:25759089

Brook, J.S., Rubenstone, E., Zhang, C. & Brook, D.W., 2012. Maternal predictors of comorbid trajectories of cigarette smoking and marijuana use from early adolescence to adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(1), pp. 139–143. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.09.004> PMID:21968229; PMCID:PMC3196799

Brook, J.S., Lee, J.Y. & Brook, D.W., 2015. Trajectories of marijuana use beginning in adolescence predict tobacco dependence in adulthood. *Substance Abuse*, 36(4), pp. 470–477. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.964901> PMID:25259421; PMCID:PMC4375087

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2017. *European Drug Report 2017: trends and developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, pp. 8–10.

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [ESPAD], 2016. *ESPAD Report 2015: results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, pp. 13–18.

Green, K.M., Johnson, R.M., Milam, A.J., Furr-Holden, D., Ialongo, N.S. & Reboussin, B.A., 2016. Racial differences and the role of neighborhood in the sequencing of marijuana and tobacco initiation among urban youth. *Substance Abuse*, 37(4), pp. 507–510. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1178680> PMID:27092865; PMCID:PMC5459604

Hublet, A., Bendtsen, P., de Looze, M.E., Fotiou, A., Donnelly, P., Vilhjalmsson, R., et al., 2015. Trends in the co-occurrence of tobacco and cannabis use in 15-year-olds from 2002 to 2010 in 28 countries of Europe and North America. *European Journal of Public Health*, 25(Suppl 2), pp. 73–75. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv032> PMID:25805793

Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., et al., eds., 2016. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: World Health Organization, pp. 13–18.

Jeriček Klanšček, H., Bajt, M., Drev, A., Koprivnikar, H., Zupanič, T. & Pucelj, V., eds., 2015. *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: izsledki mednarodne raziskave HBSC 2014*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 6–11, 12–47, 49–58.

Koprivnikar, H. & Zupanič, T., 2017. The use of different tobacco and related products, with and without flavours, among 15-year-olds in Slovenia. *Zdravstveno varstvo*, 56(2), pp. 74–81. <https://doi.org/10.1515/sjph-2017-0010> PMID:28289466; PMCID:PMC5329770

- Leatherdale, S.T., Hammond, D.G., Kaiserman, M. & Ahmed, R., 2007. Marijuana and tobacco use among young adults in Canada: are they smoking what we think they are smoking. *Cancer Causes Control*, 18(4), pp. 391–397. <https://doi.org/10.1007/s10552-006-0103-x> PMID:17235494
- Patton, G.C., Coffey, C., Carlin, J.B., Sawyer, S.M. & Lynskey, M., 2005. Reverse gateways: frequent cannabis use as a predictor of tobacco initiation and nicotine dependence. *Addiction*, 100(10), pp. 518–525. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01220.x> PMID:16185213
- Peters, E.N., Budney, A.J. & Carroll, K.M., 2012. Clinical correlates of co-occurring cannabis and tobacco use: a systematic review. *Addiction*, 107(8), pp. 404–417. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03843.x> PMID:22340422; PMCID:PMC3377777
- Ramo, D.E., Liu, H. & Prochaska, J.J., 2012. Tobacco and marijuana use among adolescents and young adults: a systematic review of their co-use. *Clinical Psychology Review*, 32(2), pp. 105–121. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.002> PMID:22245559; PMCID:PMC3267894
- Schauer, G.L. & Peters, E.N., 2018. Correlates and trends in youth co-use of marijuana and tobacco in the United States, 2005–2014. *Drug and Alcohol Dependence*, 185, pp. 238–244. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.12.007> PMID:29471228
- Subramaniam, P., McGlade, E. & Yurgelun-Todd, D., 2016. Comorbid cannabis and tobacco use in adolescents and adults. *Current Addiction Reports*, 3(2), pp. 182–188. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0101-3> PMID:27175326; PMCID:PMC4861316
- Suris, J.C., Berchtold, A., Bélanger, R. & Akre, C., 2010. *Tobacco and cannabis use trajectories from adolescence to young adulthood*. Lausanne: IUMSP, pp. 1–73.
- Suris, J.C., Akre, C., Berchtold, A., Jeannin, A. & Michaud, P.A., 2007. Some go without a cigarette: characteristics of cannabis users who have never smoked tobacco. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(11), pp. 1042–1047. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.11.1042> PMID:17984405
- Taylor, M., Collin, S.M., Munafò, M.R., MacLeod, J., Hickman, M. & Heron, J., 2017. Patterns of cannabis use during adolescence and their association with harmful substance use behaviour: findings from a UK birth cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(8), pp. 764–770. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-208503> PMID:28592420; PMCID:PMC5537531
- Webster, L., Chaiton, M. & Kirst, M., 2014. The co-use of tobacco and cannabis among adolescents over a 30-year period. *The Journal of School Health*, 84(3), pp. 151–159. <https://doi.org/10.1111/josh.12137> PMID:24443776
- The law on restricting the use of tobacco and related products (ZOUTPI)*, 2017. Official Gazette of RS, Nos. 9/17 and 29/17.

Citirajte kot / Cite as:

Koprivnikar, H., Zupanič, T., Drev, A. & Jeriček Klanšček, H., 2019. Prevalence and characteristics of tobacco and cannabis co-use in 15-year-old students in Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), pp. 104–111. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.2.259>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Zadovoljstvo državljanov Republike Slovenije z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji Satisfaction of the citizens of the Republic of Slovenia with healthcare services

Barbara Zupanc Terglav, Špela Selak, Mitja Vrdelja, Miha Boris Kaučič, Branko Gabrovec

Ključne besede: zadovoljstvo uporabnikov; zdravstveni sistem; zdravstveni delavci; odnos; zaupanje; komunikacija

Key words: consumer satisfaction; health system; healthcare workers; relationship; trust; communication

Barbara Zupanc Terglav;
Visoka zdravstvena šola Celje,
Mariborska 7, 3000 Celje,
Slovenija

dr. Špela Selak, mag. psih.

pred. Mitja Vrdelja, mag. odn. z
jav., univ. dipl. kom.

Oba / Both: Nacionalni inštitut
za javno zdravje, Trubarjeva 2,
1000 Ljubljana, Slovenija

doc. dr. Boris Miha Kaučič,
dipl. zn., univ. dipl. org.;
Visoka zdravstvena šola Celje,
Mariborska 7, 3000 Celje,
Slovenija

doc. dr. Branko Gabrovec, mag.
ing. log.; Nacionalni inštitut
za javno zdravje, Trubarjeva 2,
1000 Ljubljana, Slovenija

*Kontaktne e-naslov /
Correspondence e-mail:*
branko.gabrovec@nijz.si

Članek je nastal na osnovi
projektne naloge Barbare
Zupanc Terglav *Ugotavljanje
zadovoljstva prebivalcev
Republike Slovenije z
zdravstvenimi storitvami*
(2017).

Prejeto / Received: 26. 6. 2018
Sprejeto / Accepted: 22. 2. 2019

IZVLEČEK

Uvod: Merjenje zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami je pomemben kazalec razvoja vsakega zdravstvenega sistema. Zadovoljstvo pacientov je pomemben in pogosto uporabljen indikator za merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe. Prispevek se osredotoča na ugotavljanje zadovoljstva državljanov Republike Slovenije s trenutnim zdravstvenim sistemom.

Metode: Uporabljena je bila deskriptivna neeksperimentalna vzorčna metoda. Merski instrument je bil strukturiran vprašalnik. Uporabljena je bila metoda snežene kepe. Na spletni vprašalnik je skupno odgovorilo 693 oseb, 488 oseb je vprašalnik v celoti izpolnilo. Podatki so bili analizirani z opisno statistiko, korelacijsko analizo, faktorsko analizo in linearno regresijsko analizo.

Rezultati: Sodelujoči v raziskavi v največji meri cenijo prijazen in spoštljiv odnos zdravstvenih delavcev ter njihovo razpoložljivost za hitro pomoč. Negativno ocenjujejo čakanje na obravnavo v čakalnici, telefonsko nedosegljivost, nezanimanje za osebne razmere pacienta in kratek čas obravnave pri zdravniku. Med najpomembnejše spremenljivke, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov, lahko uvrstimo: čakanje v čakalnici na pregled, dovolj časa, ki ga zdravnik nameni pacientu, zanimanje za osebne razmere, zaupanje v strokovne odločitve zdravstvenega osebja, vključevanje v odločanje o zdravljenju in občutek popolnega zaupanja.

Diskusija in zaključek: Zdravstveni delavci lahko v zdravstvenem sistemu pomembno vplivajo na zadovoljstvo pacientov. Usmerjenost v kakovostno obravnavo in spoštljivo komunikacijo povečuje zaupanje pacientov v zdravstveni sistem in zaupanje v strokovne odločitve zdravstvenega osebja, kar pa lahko ključno vpliva na uspešnost zdravstvene obravnave posameznika.

ABSTRACT

Introduction: Measurement of patient satisfaction with health services is an important development indicator of any healthcare system. Patient satisfaction is a significant and widely used indicator for measuring the quality of health services. The article focuses on the satisfaction of the citizens of the Republic of Slovenia with the current health system.

Methods: Non-experimental descriptive sampling research method and a structured survey questionnaire as a metrics tool were used. The snowball sampling method was used. In total, 693 people responded to an online questionnaire, of which 488 answers were valid. The data were analysed using descriptive statistics, correlational analysis, factor analysis and linear regression analysis.

Results: The respondents mostly value a friendly and respectful attitude of healthcare workers, and their availability to give first aid. However, the respondents negatively evaluated the time spent waiting for the medical examination in the waiting room, telephone unavailability, indifference to patients' personal situation and the short examination time with a doctor. Therefore, the most important variables that influence patient satisfaction are: the time spent waiting to be examined in the waiting room, sufficient time that doctors allocate to one patient, interest in personal matters, confidence in professional decisions made by the medical staff, patient involvement in their treatment and a sense of complete trust.

Discussion and conclusion: Within the healthcare system, healthcare professionals can have a significant impact on patient satisfaction. A focus on high quality treatment and respectful communication increases the patients' trust in the healthcare system and in the professional decisions made by healthcare professionals, which may significantly impact the success of treatment.

Uvod

V zdravstvenem sistemu postaja vse bolj pomembno prepričanje, da se paciente ne obravnava zgolj kot paciente, ampak kot uporabnike sistema. Pri tem je pomembno zadovoljstvo uporabnika z opravljenimi zdravstvenimi storitvami, ki se mora preverjati (Senić & Marinković, 2013). Zadovoljstvo pacientov je pomemben in pogosto uporabljen indikator za merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe. Vpliva na izide zdravljenja, podporo pacientom pri zdravljenju in prijavljanje strokovnih napak (Prekash, 2010). Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami postaja pomemben kazalec kakovosti zdravstvenega sistema in njegovega razvoja (Senić & Marinković, 2013). Pokaže nam, kako na potrebe pacientov in njihova pričakovanja odgovarja kakovost storitev. Najpomembnejši faktorji zadovoljstva so: kakovost zdravstvenih storitev, proces oskrbe in zdravstveni izid (Akbar, et al., 2017). Mihailović in sodelavci (2017) menijo, da sta najpogostejša subjektivna indikatorja kakovosti zdravstvenega sistema samoocena zdravstvenega stanja posameznika in ocena zadovoljstva uporabnika z zdravstvenim sistemom. Pri slednjem gre za preverjanje, do katere stopnje zadovoljstva zdravstveni sistem ali njegove komponente odgovarjajo na pričakovanja celotne populacije ali katere koli podskupine pacientov znotraj celotne populacije (Busse, et al., 2012). Predstavlja torej razmerje med pričakovano in doseženo zdravstveno storitvijo. Kot podlaga za reforme se uporablja v številnih državah tako v Evropi kot v Aziji in Ameriki (Bleich, et al., 2009; Browne, et al., 2010; Rechel, et al., 2012; Gupta, et al., 2015). Oceno in napredek zadovoljstva pacientov z zdravstvenim sistemom lahko visoko zanesljivo ovrednotimo z vprašalniki zadovoljstva (Vuković, et al., 2012).

Najpogostejše determinante zadovoljstva pacientov z zdravstvenim sistemom so: starost, zdravstveno stanje, osebni dohodek, vrsta storitve glede na izvajalca (javni ali zasebni sektor), komunikacija, odnos osebja in okolje v zdravstveni ustanovi (Friese, et al., 2008; Aiken, et al., 2011, Al-Refaie, 2011; Aiken, et al., 2012; Xesfingi & Vozikis, 2016). Toda zaradi pomanjkanja univerzalnega instrumenta za merjenje zadovoljstva pacientov z zdravstvenim sistemom in pomanjkanja analize korelacije med zadovoljstvom ter ekonomsko močjo zdravstvenega sistema je stopnja zadovoljstva pacientov determinirana indirektno, manifestira pa se na področju čakalnih vrst, kakovosti storitev in komunikacije z zdravstvenim osebjem (Sofaer & Firminger, 2005; Adang & Borm, 2007). Podobno pogosto velja tudi za Slovenijo.

Namen in cilji

Raziskava je bila namenjena ugotavljanju zadovoljstva državljanov Republike Slovenije s trenutnim zdravstvenim sistemom in njihovo informiranostjo o spremembah predloga Zakona o zdravstvenem varstvu

in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), ki je bil v javni razpravi v letu 2017. Zastavili smo si raziskovalni vprašanji:

- Kakšna je stopnja zadovoljstva državljanov Republike Slovenije z obstoječim zdravstvenim sistemom?
- Katere spremenljivke najbolj vplivajo na zadovoljstvo pacientov pri njihovi obravnavi?

Metode

Izvedena je bila neeksperimentalna vzorčna metoda raziskovanja. Instrument raziskave je bil strukturirani vprašalnik.

Opis instrumenta

Vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregleda literature predhodnih raziskav (Bleich, et al., 2009; Browne, et al., 2010; Aiken, et al., 2012). Pri tem smo ključno podlago našli v naslednjih raziskavah: Vprašalniku za merjenje zadovoljstva pacientov z delom zdravnika družinske medicine *European patient evaluations of general practice care – EUROPEP* (Grol, et al., 1999; Kersnik, 2003), Nacionalni anketi o izkušnjah pacientov v bolnišnici (Robida, 2007) in prispevku Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev osnovnega varstva na primarni ravni (Repolusk, 2013). Oceno in napredek zadovoljstva pacientov z zdravstvenim sistemom lahko visoko zanesljivo ovrednotimo z vprašalniki zadovoljstva (Vuković, et al., 2012).

Vprašalnik je vseboval 38 vprašanj, razdeljenih v štiri sklope: prvi sklop vključuje obisk zdravnika v zadnjih 12 mesecih in samooceno zdravstvenega stanja (4 vprašanja); drugi sklop vprašanja glede dostopnosti obravnave, komunikacije in kakovosti storitve (15 vprašanj); tretji sklop vprašanja glede zadovoljstva z zdravstvenim sistemom in seznanjenosti s predlogi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je v javni obravnavi (14 vprašanj); četrti sklop pa demografske podatke (5 vprašanj). Uporabili smo Likertovo lestvico (1 – sploh se ne strinjam; 2 – delno se ne strinjam; 3 – neodločen/neodločena; 4 – delno se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam). Vprašalnik smo testirali na fokusni skupini študentov zdravstvene nege, pri čemer se je vsebina vprašalnika izkazala za veljavno in z zadovoljivo do zelo zadovoljivo stopnjo zanesljivosti notranje skladnosti (Cencič, 2009) s Cronbachovim koeficientom alfa, ki je za prvi sklop znašal 0,75, za drugi 0,84, za tretji 0,81 in za četrti sklop 0,82. Skupni koeficient je znašal 0,84.

Opis vzorca

Za raziskavo smo uporabili spletni vprašalnik, na katerega je skupno odgovorilo 693 oseb, 488 oseb je vprašalnik v celoti izpolnilo. V celotnem vzorcu je v raziskavi sodelovalo 156 moških (32 %) in 332 (68 %)

Tabela 1: Demografski podatki**Table 1: Demographic data**

Demografski podatki / Demographic data		n	%
Spol	Moški	156	32
	Ženske	332	68
Stopnja izobrazbe	Osnovna šola	42	8,6
	Poklicna in srednja	215	44,1
	Višja ali univerzitetna	177	36,3
	Magisterij / Doktorat	54	11,1

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

žensk. Povprečna starost anketiranih je bila 41,98 let ($s = 20,53$). Najstarejši anketirani je bil star 85 let, najmlajši pa 12 let. Podrobnosti o demografskih podatkih prikazujemo v Tabeli 1.

Največji delež anketiranih živi v savinjski regiji (41,2 %), 17 % anketiranih v osrednjeslovenski regiji, 10,2 % pa v podravski regiji. Delež preostalih anketiranih je porazdeljen med ostalih 9 statističnih regij.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pri zbiranju podatkov smo se odločili za uporabo spletnega vprašalnika. Prošnjo za njegovo izpolnjevanje smo naslovili na študente zdravstvene nege, Zvezo društev upokojencev in različne organizacije pacientov ter pacientovih pravic (Zveza društev za cerebralno paralizo Slovenije, Zveza društev slepih in slabovidnih Slovenije, Slovensko združenje za duševno zdravje, Nacionalno združenje za kakovost življenja). Uporabljena je bila metoda snežene kepe (Žnidaršič & Selak, 2018). Da bi zagotovili vzorčno strukturo, smo se odločili za metodo snežne kepe, pri čemer smo na začetku vprašalnik – poleg izbranim organizacijam – naključno posredovali študentom zdravstvene nege. Po izpolnjevanju smo jih prosili, da vprašalnik posredujejo naprej, in tako se je vzorec večal.

Raziskava je potekala v maju 2017. Podatki so bili analizirani z opisno statistiko, Pearsonovo korelacijsko analizo, faktorsko analizo in linearno regresijsko regresijo. Obdelani so bili s programom SPSS, verzija 21 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ZDA) s stopnjo značilnosti ($p < 0,05$).

Rezultati

V zadnjem letu je osebnega zdravnika obiskalo 214 (43,9 %) anketiranih, zdravnika specialista 81 (16,6 %) anketiranih, tako osebnega zdravnika kot tudi zdravnika specialista pa 193 (39,5 %) anketiranih. V zadnjem letu je 0–5-krat zdravnika obiskalo 375 (76,84 %) anketiranih, 6–10-krat 78 (15,99 %) anketiranih ter 10 in večkrat 35 (7,17 %) anketiranih. Vsaj eno ali več kroničnih bolezni je imelo 205 (42 %)

Tabela 2: Samoocena zdravja anketiranih**Table 2: Self-evaluation of respondents' health**

Ocena zdravja / Health assessment	n	%
Zelo slabo	3	0,6
Slabo	15	3,1
Niti dobro, niti slabo	94	19,3
Dobro	289	59,2
Zelo dobro	87	17,8

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

anketiranih. V Tabeli 2 predstavljamo samooceno zdravja anketiranih.

Anketirani v največji meri poročajo, da je njihovo zdravstveno stanje dobro in zelo dobro (77 %), le 3,7 % anketiranih pa, da je njihovo zdravstveno stanje slabo ali zelo slabo. Zanimala so nas stališča anketiranih do dostopnosti in kakovosti zdravstvene obravnave. Anketirani so v največji meri menili, da zdravstveno osebje pri komunikaciji uporablja besede, kot so izvolite, prosim, hvala ... ($\bar{x} = 4,41$, $s = 1,02$); da jih zdravstveno osebje naslavlja z gospod/gospa in je spoštljivo do njih ($\bar{x} = 4,39$, $s = 1,06$); da je v nujnih primerih na voljo hitra zdravstvena pomoč ($\bar{x} = 4,36$, $s = 1,25$); da so navodila, ki jih dobijo od zdravstvenega osebja, jasna in razumljiva ($\bar{x} = 4,26$, $s = 0,95$). Anketirani so kritično ocenili zanimanje zdravstvenega osebja za njihove osebne razmere ($\bar{x} = 2,88$, $s = 1,48$), ravno tako so bili kritični glede točnosti ure pregleda ($\bar{x} = 3,05$, $s = 1,50$) in s tem povezanim dolgim čakanjem v čakalnici na pregled ($\bar{x} = 3,23$, $s = 1,40$). Nekoliko slabše so ocenili tudi trditve, da zlahka dobijo telefonsko zvezo z ambulanto ($\bar{x} = 3,24$, $s = 1,53$) in da ima zdravnik dovolj časa za obravnavo ($\bar{x} = 3,61$, $s = 1,33$). Srednje ocenjena mnenja so izrazili glede vključevanja pacienta v odločanje o njegovem zdravljenju ($\bar{x} = 3,78$, $s = 1,34$) in občutku zaupanja zdravstvenemu osebju ($\bar{x} = 3,89$, $s = 1,09$).

Najmočnejše pozitivne povezave smo našli med naslednjimi spremenljivkami: »Zdravstveno osebje mi pri svojem delu daje občutek popolnega zaupanja« in »Popolnoma zaupam zdravnikovi strokovni odločitvi glede mojega zdravljenja« ($r = 0,656$, $p < 0,01$); »Zdravstveno osebje pri komunikaciji uporablja besede, kot so izvolite, prosim, hvala« in »Zdravstveno osebje me imenuje gospod/gospa in so spoštljivi do mene« ($r = 0,572$, $p < 0,01$); »Navodila, ki jih dobim od zdravstvenega osebja so jasna in razumljiva« in »Zdravstveno osebje pri komunikaciji uporablja besede, kot so izvolite, prosim, hvala« ($r = 0,568$, $p < 0,01$); »Navodila, ki jih dobim od zdravstvenega osebja, so jasna in razumljiva« in »Zdravstveno osebje mi pri svojem delu daje občutek popolnega zaupanja« ($r = 0,560$, $p < 0,01$). Občutek popolnega zaupanja v zdravstveno osebje je povezano tudi s spremenljivkami: »Zdravstveno osebje me je vključilo

Tabela 3: Strukturna matrika (po metodi glavnih komponent in rotaciji Varimax s Kaiserjevo normalizacijo)
Table 3: Structure Matrix (using principal component analysis and Varimax rotation method with Kaiser Normalization)

Spremenljivke / Variables	Faktorji / Factors		
	1	2	3
Čakanje v čakalnici na pregled	0,077	/	/
Dovolj časa zdravnika za pacienta	0,626	/	/
Zanimanje za osebne razmere	0,700	/	/
Zaupanje strokovnim odločitvam osebja	0,686	/	/
Vključevanje v odločanje o zdravljenju	0,621	/	/
Občutek popolnega zaupanja	0,706	/	/
Spoštljivost zdravstvenega osebja	/	0,814	/
Pozitivna komunikacija zdravstvenega osebja	/	0,819	/
Jasna in razumljiva navodila zdravstvenega osebja	/	0,650	/
Na vrsto ob določeni uri	/	/	0,577
Dosegljivost po telefonu	/	/	0,504
Hitra pomoč v nujnih primerih	/	/	0,593

v odločanje o mojem zdravljenju» ($r = 0,557, p < 0,01$), »Spoštljiva komunikacija osebja« ($r = 0,413, p < 0,01$) in »Posredovanje jasnih in razumljivih navodil« ($r = 0,560, p < 0,01$). Negativne povezanosti smo zaznali pri vseh spremenljivkah v povezavi s spremenljivko »Dolgo sem čakal v čakalnici«. Še posebej izstopajo: »Točnost ure pregleda« ($r = -0,254, p < 0,01$); »Zdravstveno osebje mi pri svojem delu daje občutek popolnega zaupanja« ($r = -0,238, p < 0,01$) in »Zlahka sem dobil telefonsko zvezo z ambulantno« ($r = -0,165, p < 0,01$). Skupni vpliv teh spremenljivk na zadovoljstvo pacientov smo preverili s faktorsko analizo. Rotirano matriko (rešitev s pravokotno rotacijo Varimax), ki je rezultat faktorske analize, prikazujemo v Tabeli 3.

Na podlagi faktorske analize smo ugotovili, da spremenljivke, ki pomenijo zadovoljstvo pacienta, lahko združimo v tri nove faktorje. Po zgledu Grola in sodelavcev (1999) smo jih poimenovali: celostna obravnava in storitve (Faktor 1), odnos in komunikacija zdravstvenih delavcev (Faktor 2) ter dosegljivost in razpoložljivost (Faktor 3).

Opravili smo še regresijsko analizo. Odvisna spremenljivka je »Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenim sistemom«, neodvisne spremenljivke pa so zgoraj navedeni faktorji. Vsi trije so statistično značilni pozitivni prediktorji zadovoljstva pacientov z zdravstvenim sistemom. Z regresijsko analizo ugotovimo, da z novimi faktorji (pozitivni prediktorji) lahko pojasnimo 18 % variance spremenljivke »Zadovoljstvo pacientov z zdravstvenim sistemom«. Spremenljivke, ki sestavljajo Faktor 1 – celostna obravnava in storitve, so pomembnejše ($\beta = 0,343$): čakanje v čakalnici na pregled, dovolj časa zdravnika za pacienta, zanimanje za osebne razmere, zaupanje v strokovne odločitve zdravstvenega osebja, vključevanje v odločanje o zdravljenju, občutek popolnega zaupanja.

Diskusija

Merjenje zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami je pomemben kazalec stanja in razvoja vsakega zdravstvenega sistema. V našem prispevku smo se osredotočili na zadovoljstvo državljanov Republike Slovenije s trenutnim zdravstvenim sistemom. Raziskava je pokazala, da anketirani v največji meri cenijo prijazen in spoštljiv odnos ter razpoložljivost za hitro zdravstveno pomoč. Kritično ocenjujejo čakanje v čakalnici na obravnavo, telefonsko nedosegljivost, nezanimanje za osebne razmere pacienta in kratek čas obravnave pri zdravniku. Naši rezultati so primerljivi z raziskavo Senića in Marinkovića (2013), ki prav tako ugotavljata, da na zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami vplivajo predvsem osebni odnos osebja, pozitiven občutek pri oskrbi in hitrost oskrbe. Za izboljšanje ocene celotnega zadovoljstva pacientov z zdravstvenimi storitvami je treba povečati čas, ki ga ima na voljo osebje za oskrbo pacienta, in skrb za težave pacienta (Senić & Marinković, 2013). Pomembno je tudi izboljšanje komunikacijske kompetence zdravnikov in ostalih zdravstvenih delavcev, ki je lahko ključna za boljše komuniciranje z uporabniki sistema (Vrdelja, et al., 2018). Da bi to dosegli, je potrebno kontinuirano izobraževanje. Poleg tega bi morali za krepitev večšin s tega področja v izobraževanje na sistemski ravni vključiti vse zdravstvene delavce, od zdravnikov do drugih strokovnjakov, ki delujejo v zdravstvenem sektorju (Verčič & Vrdelja, 2018). Pomembno je, da se poleg komuniciranja naučijo tudi vzpostavljanja ustreznega odnosa z bolniki (Gorenak & Goričan, 2011).

Večje zaupanje v strokovno delo osebja je izraženo ob vključevanju pacienta v odločitve, posredovanju jasnih in razumljivih navodil osebja in spoštljivi komunikaciji osebja. Na drugi strani je zaupanje manjše, če pacienti predolgo čakajo v čakalnicah in / ali

je telefonska dosegljivost omejena. Ta omejitev izhaja iz urejenosti zdravstvenega sistema, na katero pa zdravstveni delavci nimajo veliko vpliva, kot je že ugotovila Lipovec Čebren (2011).

Iz raziskave izhaja, da so najpomembnejše spremenljivke, ki vplivajo na zadovoljstvo pacienta: čakanje v čakalnici na pregled, dovolj časa zdravnika za pacienta, zanimanje za osebne razmere, zaupanje v strokovne odločitve zdravstvenega osebja, vključevanje v odločanje o zdravljenju, občutek popolnega zaupanja. Te spremenljivke so tvorile prvi faktor spremenljivk. Kljub dejstvu, da zdravstveni delavci ne morejo vplivati na kadrovske zasedbe, ki bi omogočala, da imajo več časa za paciente, lahko s svojim odnosom pomembno vplivajo na zadovoljstvo pacientov. To potrjuje tudi mednarodna raziskava (Kutney-Lee, et al., 2009) in raziskava med medicinskimi sestrami v Veliki Britaniji (Aiken, et al., 2018).

Omejitve raziskave vidimo v nekoliko manjšem vzorcu anketiranih, pa tudi v neenakomerni geografski zastopanosti anketirancev, spolu anketiranih (68 % žensk) in v manjši meri v izobrazbeni strukturi, saj je manjši delež osnovnošolsko izobraženih in večji delež visoko izobraženih v primerjavi z deležem prebivalcev Slovenije (Statistični urad Republike Slovenije, 2017).

Zaključek

Zdravstveni delavci lahko kljub omejitvam zdravstvenega sistema pomembno vplivajo na zadovoljstvo pacientov. Pomembno vprašanje bi bilo tudi, kakšen vpliv ima zadovoljstvo zaposlenih z njihovim delom na zadovoljstvo pacientov. Raziskava prav tako odpira področje komunikacije med pacienti in zdravstvenimi delavci. Glede na to, da je v raziskavi sodelovala večina zdravih posameznikov, bi se bilo v nadaljevanju smiselno osredotočiti na anketirane, ki poročajo o slabšem zdravju. Usmerjenost v kakovostno obravnavo in spoštljivo komunikacijo povečuje zaupanje pacientov v zdravstveni sistem in zaupanje v strokovne odločitve zdravstvenega osebja. Pomemben vpliv na zaupanje pacienta ima tudi čakanje v čakalnicah in dosegljivost po telefonu.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi v Sloveniji (2014) in z načeli

Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013). / The study was conducted in accordance with the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014) and principles of the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013).

Prispevek avtorjev / Author contributions

Vsi avtorji so enakovredno prispevali k nastanku članka. / All authors have contributed equally to the development of the article.

Literatura

Adang, E.M. & Borm, G.F., 2007. Is there an association between economic performance and public satisfaction in health care. *The European Journal of Health Economics*, 8, pp. 279–285. <https://doi.org/10.1007/s10198-007-0045-6> PMID:17356855

Aiken, L.H., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., Smith, H.L., Flynn, L. & Neff, D.F., 2011. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), pp. 1047–1053. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e> PMID:21945978; PMCID:PMC3217062

Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., et al., 2012. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, p. 1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717> PMID:22434089; PMCID:PMC3308724

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A.M. & Griffiths, P., 2018. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study *BMJ Open*, 8, art. ID e019189. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189> PMID:29326193; PMCID:PMC5781188

Akbar, F.H., Pratiwi, R., Samad, R. & Fanissa, F., 2017. Proceedings of the health care science international conference. *Advances in Health Sciences Research*, 2, pp. 92–99.

Al-Refaie, A., 2011. A structural model to investigate factors affect patient satisfaction and revisit intention in Jordanian hospitals. *International Journal of Artificial Life Research*, 2(4), pp. 43–56. <https://doi.org/10.4018/jalr.2011100105>

Bleich, S.N., Özaltın, E. & Murray, C.K., 2009. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), pp. 271–278. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.050401> PMID:19551235; PMCID:PMC2672587

- Browne, K., Roseman, D., Shaller, D. & Edgman-Levitan, S., 2010. Analysis & commentary: measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Affairs (Millwood)*, 29(5), pp. 921–925.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0238>
PMid:20439881
- Busse, R., Valentine, N., Lessof, S., Prasad, A. & van Ginneken, E., 2012. Being responsive to citizens' expectations: the role of health services in responsiveness and satisfaction. In: J. Figueras, M. McKee, eds. *Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems*. 8th ed. Maidenhead (UK): OpenUniversity Press, pp. 175–208.
PMid:25063330
- Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Friese, C.R., Lake, E.T., Aiken, L.H., Silber, J.H. & Sochalski, J., 2008. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research*, 43(4), pp. 1145–1163.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00825.x>
PMid:18248404; PMCID:PMC2517272
- Gorenak, I. & Goričan, A., 2011. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvu primer Zdravstvenega doma Šmarje Pri Jelšah. *Zdravstveno varstvo*, 50, pp. 175–184.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., et al., 1999. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family practice*, 16(1), pp. 4–11.
<https://doi.org/10.1093/fampra/16.1.4>
PMid:10321388
- Gupta, D., Patel, K. & Lis, C.G., 2015. Self-rated health supersedes patient satisfaction with service quality as a predictor of survival in prostate cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, p. 137.
<https://doi.org/10.1186/s12955-015-0334-1>
PMid:26337960; PMCID:PMC4560081
- Kersnik, J., 2003. *Bolnik v slovenskem zdravstvu: monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije*, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 52/2014.
- Kutney-Lee, A., McHugh, M.D., Sloane, D.M., Cimiotti, J.P., Flynn, L., Felber Neff, D., et al. 2009. Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4), pp. 669–677.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w669>
PMid:19525287; PMCID:PMC2718727
- Lipovec Čebren, U., 2011. Reformiranje zdravstvenega sistema Slovenije: med »jugonostalgičnimi« in »lustracijskimi« težnjami. *Etnolog*, 21(72), pp. 179–201.
- Mihailović, N., Kocić, S.S., Trajković, G. & Jakovljević, M., 2017. Satisfaction with health services among the citizens of Serbia. *Frontiers in Pharmacology*, 8, p. 50.
<https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00050>
- Prekash, B., 2010. Patient satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), pp. 151–155.
<https://doi.org/10.4103/0974-2077.74491>
- Rechel, B., Ahmedov, M., Akkazieva, B., Katsaga, A., Khodjamurodov, G. & McKee, M., 2012. Lessons from two decades of health reform in Central Asia. *Health Policy and Planning*, 27(4), pp. 281–287.
<https://doi.org/10.1093/heapol/czr040>
PMid:21609971
- Repolusk, A., 2013. *Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev osnovnega zdravstvenega varstva na primarni ravni: magistrsko delo*. Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.
- Robida, A., 2007. *Nacionalna anketa o izkušnjah pacientov v bolnišnici*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
- Senić, V. & Marinković, M., 2013. Patient care, satisfaction and service quality in health care. *International Journal of consumer studies*, 37(3), pp. 312–319.
<https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2012.01132.x>
- Sofaer, S. & Firminger, K., 2005. Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26, pp. 513–559.
<https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958>
PMid:15760300
- Statistični urad Republike Slovenije, 2017. *Socialnoekonomske značilnosti prebivalstva*. Available at:
<https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/7128> [5. 12. 2018].
- Verčič, D. & Vrdelja, M., 2018. Izhodišča za strateške načrte komuniciranja na področju obvladovanja nalezljivih bolezni s cepljenjem. In: A. Kraigher, ed. *Cepljenje: stališča in odnos ključnih javnosti do cepljenja v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 123–29.
- Vrdelja, M., Kraigher, A., Verčič, D. & Kropivnik, S., 2018. The Growing Vaccine Hesitancy: exploring the Influence of the Internet. *European Journal of Public Health*, 28(5), pp. 934–939.
- Vuković, M., Gvozdrenović, B.S., Gajić, T., Jakovljević, M. & McCormick, B.P., 2012. Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care. *Public health*, 126(8), pp. 710–718.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.03.008>
PMid:22831911

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

Xesfingi, S. & Vozikis, A., 2016. Patient satisfaction with the healthcare system: assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Services Research*, 16, p. 94.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4>
PMid:26979458; PMCID:PMC4793546

Žnidaršič, A. & Selak, 2018. Izvedba raziskave od postavitve raziskovalnega problema in ciljev, vzorčenja do sestave vprašalnika in izvedbe anketiran : metodološki pogovori. *Javno zdravje*, 2(1), pp. 60-71.
<https://doi.org/10.26318/JZ-02-08>

Citirajte kot / Cite as:

Zupanc Terglav, B., Selak, Š., Vrdelja, M., Kaučič, M. B. & Gabrovec, B., 2019. Zadovoljstvo državljanov Republike Slovenije z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), pp. 112–118. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.2.318>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Zdravljenje dojenčkov s kisikom v domačem okolju in izkušnje njihovih staršev Home oxygen therapy in infants and the experiences of their parents

Marija Korelc, Jožica Ramšak Pajk

Ključne besede:

brunhopulmonalna displazija; zdravljenje s kisikom; domača oskrba; patronažna medicinska sestra; zdravstvena vzgoja

Key words: bronchopulmonary dysplasia; oxygen therapy; home care; community nurse; health education

Marija Korelc, dipl. m. s.;
Univerzitetni klinični center
Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000
Ljubljana, Slovenija

Kontaktne e-naslov /
Correspondence e-mail:
korelc.mimi@gmail.com

viš. pred. mag. Jožica Ramšak
Pajk, viš. med. ses., prof.
zdr. vzg.; Zdravstveni dom
Ljubljana Bežigrad, Kržičeva
10, 1000 Ljubljana, Slovenija, in
Fakulteta za zdravstvo Angele
Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270
Jesenice, Slovenija

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Marije Korelc
*Zdravstvena nega in podpora
staršem otroka s kisikom na
domu* (2017).

Prejeto / Received: 9. 5. 2018
Sprejeto / Accepted: 22. 5. 2019

IZVLEČEK

Uvod: Veliko otrok z bronhopulmonalno displazijo potrebuje dolgotrajno zdravljenje s kisikom, nekateri pa tudi zdravljenje s kisikom v domačem okolju. Namen raziskave je bil preučiti izkušnje staršev s pripravo na zdravljenje s kisikom po odpustu otroka v domače okolje in poznejšo podporo.

Metode: Uporabljen je bil kvantitativen pristop raziskovanja. Za merski instrument je bil uporabljen delno strukturiran vprašalnik, oblikovan na osnovi pregleda literature. Sodelovalo je 43 staršev otrok, ki so se zdravili s kisikom na domu od januarja 2014 do julija 2016.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da se je četrtnina (25,6 %) staršev težko sprijaznila z odpustom otroka, ki je potreboval zdravljenje s kisikom v domačem okolju, 18,6 % je dejstvo sprejelo brez težav. Največ informacij o zdravljenju s kisikom na domu in tehničnih informacij so vsi anketirani starši pridobili v času zdravljenja otroka na Enoti za intenzivno nego in terapijo novorojencev. Anketirani starši, ki živijo v predmestju, bolj izražajo strah glede nezaupanja v svoje sposobnosti ($t = 5,74, p = 0,006$) kot tudi strah pred kronično boleznijo otroka ($t = 4,82, p = 0,013$).

Diskusija in zaključek: Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da so starši dobro pripravljeni na odpust otroka iz bolnišnice v domače okolje, vendar se situacija spremeni, ko so z otrokom sami doma oziroma se mu spremeni zdravstveno stanje. Z dobro zdravstveno vzgojo in podporo se lahko staršem otrok, ki se zdravijo s kisikom na domu, bistveno olajša skrb za njihovega otroka.

ABSTRACT

Introduction: Many children with bronchopulmonary dysplasia need prolonged oxygen treatment and some need further treatment with oxygen in the home environment. The purpose of the study was to present parents' experiences related to the preparation for oxygen treatment after a child has been discharged from hospital into a home environment and subsequent support.

Methods: A quantitative research approach was used. The measuring instrument was a partially structured questionnaire, based on literature review. The study included 43 parents who took care of their children with oxygen at home from January 2014 to July 2016.

Results: The study found that a quarter (25.6%) of parents had difficulties facing that their child had been dismissed from the hospital but needed further oxygen treatment at home. 18.6% of parents had no trouble accepting it. All the interviewed parents gained the majority of information related to oxygen treatment at home and information of technical nature during hospitalization of their child at the Neonatal intensive care unit. The respondents that live in the suburbs reported more mistrust in their own abilities ($t = 5.74, p = 0.006$) as well as greater fear of the chronic illness their child suffers from ($t = 4.82, p = 0.013$). On the other hand, the respondents living in the countryside reported less fear.

Discussion and conclusion: The study has found that parents are well prepared for the discharge of their child from the hospital, but the situation changes when they are at home and when their child's health condition changes. Good health care education and support is of great importance for the parents' confidence while they are taking care of their children with supplemental oxygen treatment at home.

Uvod

Najpogostejša kronična pljučna bolezen prezgodaj rojenih otrok je bronhopulmonalna displazija (BPD), katere pojavnost ostaja nespremenjena kljub velikemu napredku v zdravljenju nedonošenčkov. BPD je posledica nezrelosti pljuč in pomanjkanja surfaktanta (Babnik, 2009a; Hayes, et al., 2011). Pogostost BPD je pogojena z gestacijsko nezrelostjo in otrokovo porodno maso (Krivec, 2014, p. 366). BPD se razvije zaradi več vzrokov, od katerih sta najpomembnejša vnetje in mehanična poškodba pljučnih alveolov kot posledica dolgotrajnega predihavanja in / ali zdravljenja z visokim tlakom z ventilatorjem. Tak način zdravljenja zahtevajo bolezni, kot so huda dihalna stiska, aspiracija mekonija, prirojene in pridobljene pljučnice. Znaki bolezni so potreba po dodatnem kisiku ter oteženo in hitrejše dihanje (Urlaub & Lončan, 2012). Zdravljenje s kisikom na domu skrajša hospitalizacijo, otrokom pa omogoča sprejem v domače okolje, kjer imajo optimalne možnosti za razvoj ter manj možnosti za okužbe, katerim bi bili izpostavljeni v bolniškem okolju (Babnik, 2009b).

Vsak odpust otroka (dojenček v starosti od enega do nekaj mesecev; pozneje se uporablja poimenovanje »otrok«), ki bo nadaljeval zdravljenje s kisikom doma, je treba skrbno načrtovati. Najprej moramo pripraviti starše, da razumejo potek otrokove bolezni in da sprejmejo predlagani način zdravljenja. Naslednji pogoj je, da mora biti otrokovo zdravstveno stanje stabilno in ob hranjenju po steklenički ali dojenju primerno pridobiva na masi (Babnik, 2009b). Takrat je pomembno zdravstvenovzgojno delo medicinskih sester. Medicinska sestra mora vzpostaviti dobro sodelovanje s starši, kar omogoča lažje učenje staršev o negi otroka doma. Da bi dosegli zaupanje in sodelovanje staršev, je potrebna odprta in učinkovita komunikacija med starši in medicinsko sestro (Parvaneh & Mahvash, 2014).

Poučevanje staršev zahteva individualni pristop. Medicinska sestra med poučevanjem starše opogumlja, da uspešno premagajo zadržke in strah pri izvajanju postopkov (Zemljčič & Oštir, 2012; Petrovič & Oštir, 2013).

Starše je treba naučiti, kako namestiti nosne katetre, skrbeti za njihovo higieno, prepoznavati otrokovo normalno dihanje in znake poslabšanja (Ravnikar, 2010). Razložimo jim prve znake poslabšanja bolezni in jim damo navodila, kako ravnati v takem primeru (Babnik, 2009b). Priporoči se, da sorojenci, ki sicer hodijo v vzgojno-varstveni zavod, ostanejo v domačem varstvu (Gardner, et al., 2011; Bregant & Štucin Gantar, 2014). Več kot 50 % otrok z BPD je v prvih dveh letih večkrat ponovno hospitaliziranih zaradi virusnih okužb dihal (Gardner, et al., 2011), na terciarni ravni zdravstva pa so obravnavani v Službi za pljučne bolezni Pediatrične klinike Ljubljana (Krivec, et al., 2010).

Cilj načrtovanega odpusta je omogočiti čim manj motenj v družinskem življenju in uspešno zdravljenje v domačem okolju. Ustrezno načrtovan odpust in nadaljnje zdravljenje morata vključevati splošno pediatrično zdravstveno oskrbo, patronažno zdravstveno varstvo in socialno podporo (Siegel, et al., 2011). Pred odpustom zdravnik, ki je zdravil otroka po rojstvu, vzpostavi stik z izbranim pediatrom na primarni ravni zdravstvenega varstva (Bregant & Štucin Gantar, 2014).

Patronažna medicinska sestra družino obravnava kot celoto, kar pomeni, da ugotavlja njihove fizične, psihične in socialne potrebe ter jih ustrezno obravnava (Ramšak Pajk & Ljubič, 2016). Cilje patronažne zdravstvene nege si zastavlja na osnovi zdravstvenih potreb in vrednot, ki so pomembne v patronažnem varstvu. Za doseganje ciljev in kakovostno delo potrebuje znanje s področja zdravstvene nege in drugih strok (Ramšak Pajk, 2012).

Nedonošenčki v mnogih temeljnih življenjskih aktivnostih potrebujejo posebno pozornost patronažne medicinske sestre. Da bi pomagala staršem pri prilagajanju na njihovo težko nalogo, mora prvi obisk opraviti zelo zgodaj po odpustu (Lopez, et al., 2012). Patronažna medicinska sestra načrtuje vse nadaljnje patronažne obiske glede na stanje in starost novorojenčka, o zdravstvenih problemih pa komunicira s pediatrom (Ramšak Pajk, 2012). Mnoge matere ob prihodu domov podvomijo o svojih sposobnostih, hkrati pa morajo skrbeti za otroka, ki potrebuje posebno zdravstveno nego (Globevnik Velikonja, 2014). Zaradi nujne uporabe medicinsko-tehničnih pripomočkov se starši v domačem okolju pogosto soočajo s strahom in negotovostjo (Brenner, et al., 2015).

V novorojenčkovem prvem mesecu ima patronažna medicinska sestra za zdravega novorojenčka na voljo štiri obiske, ki jih krije zdravstvena zavarovalnica. Ob potrebi na njen predlog pediater z izdajo ustreznega delovnega naloga omogoči dodatno izvajanje patronažne zdravstvene nege na domu (Felic, 2008). Njeno delo vključuje praktično učenje in obsežno svetovanje, prilagojeno razmeram v domačem okolju, kar zmanjšuje možnost poslabšanja bolezni (Kobal & Ramšak Pajk, 2013).

Namen in cilji

Ugotoviti želimo, kaj doživljajo starši ob prihodu otroka, ki se zdravi s kisikom, domov, katera služba jim je v podporo in jim nudi zdravstvenovzgojne nasvete. Predstaviti želimo podporno vlogo patronažne medicinske sestre ob hišnih obiskih. Zastavljena so bila naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako so bili starši pripravljani na prihod otroka, ki se zdravi s kisikom, v domače okolje?
- S kakšnimi strahovi so se starši soočali?
- Kakšno vlogo je imela medicinska sestra v patronažnem varstvu pri zdravstveni vzgoji staršev?

Metode

Raziskava je temeljila na empirični neeksperimentalni metodi.

Opis instrumenta

Za merski instrument je bil uporabljen vprašalnik, ki smo ga oblikovali na osnovi izkušenj in s pregledom literature (Balfour-Lynn, 2009; Lopez, et al., 2012).

Vprašalnik je vseboval 20 vprašanj, ki smo jih razdelili v tri vsebinske sklope. V prvem sklopu smo zbirali demografske podatke staršev. Drugi sklop je preverjal znanje staršev o zdravljenju otroka s kisikom na domu in njihovo pripravljenost na prihod takega otroka v domačo oskrbo ter vključevanje patronažne službe. Vseboval je 13 vprašanj zaprtega tipa. Pri nekaterih vprašanjih je bila dodana možnost dodatnega odgovora ali mnenja. V drugem sklopu so pri 14. vprašanju 4 trditve glede seznanjenosti staršev z delovanjem monitorjev, kisika in glede varnostnih ukrepov, ki so jih anketiranci ocenili z Likertovo lestvico stališč od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo – bil sem zelo slabo seznanjen, 2 – bil sem slabo seznanjen, 3 – sem neopredeljen, 4 – bil sem dobro seznanjen in 5 – bil sem zelo dobro seznanjen. V tretjem sklopu smo navedli 12 trditve glede strahov, povezanih z zdravljenjem otroka s kisikom na domu in podporo medicinske sestre v patronažnem varstvu, kar so anketiranci ocenili z Likertovo lestvico stališč od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – sem neopredeljen, 4 – se strinjam in 5 – se popolnoma strinjam. Za te trditve je bila vrednost Cronbachovega koeficienta alfa optimalna (Cronbach $\alpha = 0,735$), kar kaže na ustrezno stopnjo zanesljivosti merskega instrumenta (Cencič, 2009).

Opis vzorca

Uporabili smo neslučajnostni, namenski vzorec, ki je zajemal vse starše otrok ($n = 62$), ki so se zdravili s kisikom na domu od januarja 2014 do julija 2016 po predhodnem zdravljenju v Enoti intenzivne nege in terapije novorojencev (EINT). Kot prikazuje Tabela 1, je v raziskavi sodelovalo 41 (95,3 %) mater in 2 (4,7 %) očeta. Najmlajši anketirani starš je imel 18 let, najstarejši pa 54. Povprečna starost je bila 35 let. Večina anketiranih staršev (55,8 %) je imela visokošolsko izobrazbo in 2,3 % magisterij ali doktorat. Dobra četrtina anketiranih staršev (25,6 %) je imelo srednješolsko izobrazbo, slaba desetina (9,3 %) poklicno in 7,0 % osnovnošolsko izobrazbo. Iz rezultatov raziskave je razvidno, da so anketirani starši glede na tip naselja (urbano, predmestje, podeželje) slučajno enakomerno porazdeljeni, saj v vseh tipih delež presega 30 %.

Tabela 1: Prikaz značilnosti anketiranih staršev
Table 1: Characteristics of participating parents

Značilnosti sodelujočih / Characteristics of participants		n	%
Spol	Ženski	41	95,3
	Moški	2	4,3
Izobrazba	Osnovna šola	3	7,0
	Poklicna izobrazba	4	9,3
	Srednješolska izobrazba	11	25,6
	Visokošolska izobrazba	24	55,8
Tip naselja	Magisterij, doktorat	1	2,3
	Urbano naselje	16	37,2
	Predmestje	14	32,6
	Podeželje	13	30,2

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

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskavo smo izvedli med vsemi starši, katerih otroci so se po odpustu iz EINT, Porodnišnice Ljubljana, zdravili s kisikom v domačem okolju. Potekala je v mesecu septembru in oktobru 2016. Po pridobitvi soglasja za izvedbo raziskave s strani ustanove in Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko smo pridobili naslove staršev in jim po pošti poslali vprašalnike. Povabilu in vprašalniku je bila priložena kuverta z naslovom za vrnitev izpolnjenega vprašalnika.

Anketirancem je bilo poslanih 62 vprašalnikov, vrnjenih pa je bilo 43 vprašalnikov, kar pomeni 69,35 % realizacijo. Vprašalniku smo priložili dopis s povabilom k raziskavi. Anketirance smo pisno seznanili s ciljem in namenom raziskave. Zagotovili smo jim anonimnost, vprašalnik so izpolnjevali prostovoljno in ga vrnili s podpisanim pisnim soglasjem.

Vse pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo programskega orodja SPSS, verzija 21.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ZDA). Poleg osnovne deskriptivne statistike smo za preverjanje statistično pomembnih razlik med dvema neodvisnima skupinama uporabili t-test (srednješolska; visokošolska izobrazba) in analizo variance (ANOVA) pri skupinah po kraju bivanja. Statistično značilne razlike smo računali med neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami. Med neodvisne spremenljivke smo vključili starost, izobrazbo in kraj bivanja, med odvisne pa stališča do odpusta, strahove v zvezi z zdravljenjem s kisikom, stališča okolice in podporo medicinske sestre v patronažnem varstvu. Statistično pomembnost je predstavljala vrednost $p < 0,05$.

Rezultati

V raziskavi ugotavljamo, da se je z dejstvom, da bo njihov otrok odpuščen domov, kjer se bo nadaljevalo zdravljenje s kisikom, težko sprijaznilo 11 anketirancev

(25,6 %). Le 8 (18,6 %) jih je dejstvo sprejelo brez težav, 4 (9,3 %) anketiranci pa so pričakovali veliko učenja in informacij. Največ informacij o načinu zdravljenja otroka s kisikom na domu so vsi anketirani starši pridobili od medicinskih sester in zdravnikov v času zdravljenja otroka na EINT. Le 1 (2,3 %) anketiranec je pridobil največ informacij na internetu. Ugotovili smo, da je bilo 40 (93 %) anketirancem prikazana namestitvev in menjava kisikovih katetrov in le 3 (7 %) anketirancem ne. Večina 40 (93 %) anketirancev je

bila seznanjena z delovanjem mikromerilca pretoka kisika, saturatorjem, prenosne enote kisika in kisikove postaje; 3 (7 %) anketiranci niso bili seznanjenih z delovanjem aparatov in pripomočkov.

Iz Tabele 2 lahko razberemo, da se je večina anketirancev strinjala s trditvijo »Patronažna medicinska sestra je bila pred prvim obiskom seznanjena z zdravstvenim stanjem mojega otroka«.

Rezultati kažejo, da 34 (79,1 %) anketirancev meni, da so prepoznali otrokove potrebe po zvišanju

Tabela 2: Podpora anketiranim staršem s strani patronažne medicinske sestre

Table 2: Support to participating parents by community nurse

Trditve / Statements	n	Min	Maks	\bar{x}	s
PMS je bila pred prvim obiskom seznanjena z zdravstvenim stanjem mojega otroka.	43	1	5	3,93	1,50
PMS je poznala delovanje naprav.	43	1	5	2,17	1,39
PMS mi je bila v oporo in je imela znanje s področja zdravljenja otrok s kisikom na domu.	43	1	5	2,15	1,46

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

Tabela 3: Primerjava ocen trditev glede na izobrazbo anketiranih staršev

Table 3: Comparison of statements according to education level of participating parents

Trditve / Statements	Izobrazba / Education	n	\bar{x}	s	t	p
Pred odpustom sem se srečeval-a z različnimi strahovi, kot je strah pred neznanjem.	Srednja šola ali manj	18	3,39	1,54	-1,06	0,295
	Visokošolska izobrazba ali več	25	3,84	1,25	-1,02	0,313
Strah, povezan z nezaupanjem v moje sposobnosti.	Srednja šola ali manj	18	2,56	1,62	-1,60	0,116
	Visokošolska izobrazba ali več	25	3,28	1,34	-1,56	0,130
Strah pred kronično boleznijo otroka.	Srednja šola ali manj	18	3,67	1,50	-0,51	0,616
	Visokošolska izobrazba ali več	25	3,88	1,27	-0,49	0,627
Strah pred samim kisikom.	Srednja šola ali manj	18	3,00	1,71	-0,63	0,533
	Visokošolska izobrazba ali več	25	3,28	1,21	-0,60	0,557
Strah pred reakcijo družine.	Srednja šola ali manj	18	1,89	1,32	0,85	0,401
	Visokošolska izobrazba ali več	25	1,60	0,91	0,80	0,431
Strah pred reakcijo okolice.	Srednja šola ali manj	18	2,06	1,39	0,35	0,729
	Visokošolska izobrazba ali več	25	1,92	1,15	0,34	0,737
Strah pred posledicami zdravljenja s kisikom.	Srednja šola ali manj	18	3,33	1,68	-0,82	0,416
	Visokošolska izobrazba ali več	25	3,72	1,40	-0,80	0,431
Kisik me omejuje pri gibanju, sprehodih.	Srednja šola ali manj	18	2,61	1,65	-3,58	0,001
	Visokošolska izobrazba ali več	25	4,08	1,04	-3,33	0,003
Kisik vpliva na kakovost življenja moje družine.	Srednja šola ali manj	18	2,83	1,38	-1,28	0,207
	Visokošolska izobrazba ali več	25	3,36	1,29	-1,27	0,213
PMS je bila pred prvim obiskom seznanjena z zdravstvenim stanjem mojega otroka.	Srednja šola ali manj	18	3,67	1,64	0,14	0,887
	Visokošolska izobrazba ali več	25	3,60	1,41	0,14	0,890
PMS je poznala delovanje naprav.	Srednja šola ali manj	18	3,11	1,57	1,79	0,081
	Visokošolska izobrazba ali več	25	2,36	1,19	1,71	0,097
PMS mi je bila v oporo in je imela znanje s področja zdravljenja otrok s kisikom na domu.	Srednja šola ali manj	18	2,89	1,57	0,90	0,372
	Visokošolska izobrazba ali več	25	2,48	1,39	0,89	0,383

Legenda / Legend: PMS – patronažna medicinska sestra / community nurse; n – število / number; \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; p – statistična značilnost / statistical significance; t – t-test / t-test

Tabela 4: Primerjava povprečij ocen trditve glede na tip kraja bivanja anketiranih staršev**Table 4:** Comparison of average evaluations of statements according to place of residence of participating parents

Trditve / Statements	Kraj bivanja / Residence	n	\bar{x}	s	F	p
Patronažna medicinska sestra je bila pred prvim obiskom seznanjena z zdravstvenim stanjem mojega otroka.	Urbano naselje	16	4,19	1,17	4,68	0,015
	Predmestje	14	2,71	1,59		
	Podeželje	13	3,92	1,38		
Strah, povezan z nezaupanjem v svoje sposobnosti.	Urbano naselje	16	2,75	1,39	5,74	0,006
	Predmestje	14	3,93	1,38		
	Podeželje	13	2,23	1,24		
Strah pred kronično bolnim otrokom.	Urbano naselje	16	4,00	0,82	4,82	0,013
	Predmestje	14	4,36	1,22		
	Podeželje	13	2,92	1,66		

Legenda / Legend: n – število / number; \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; p – statistična značilnost / statistical significance; F – F-test / F-test

pretoka kisika; 9 (20,9 %) teh potreb ni prepoznala. Iz rezultatov raziskave smo razbrali, da bi si 27 (62,8 % anketirancev) želelo več podpore na področju ukrepanja v primeru, ko se otroku poveča potreba po kisiku. Več podpore oziroma znanja glede nege in menjave kisikovih katetrov bi si želelo 10 (23,3 %) anketirancev.

Anketirane starše smo spraševali o številu obiskov patronažne medicinske sestre v času zdravljenja s kisikom na domu. Skoraj polovica (48,8 %) anketirancev je odgovorila, da jih je patronažna medicinska sestra obiskala manj kot 5-krat, v 9 % je opravila 5 obiskov, v 2,3 % 6 obiskov, 14 % 7 obiskov in v 11,8 % 8 ali več obiskov. Zaskrbljujoč je podatek, da v 14 % patronažna medicinska sestra ni opravila nobenega obiska. Anketiranci kljub možnosti niso navedli razlogov. Glede na oceno trajanja zdravljenja je skoraj polovica (48,8 %) staršev navajala, da je zdravljenje otrok s kisikom na domu trajalo več kot 8 tednov, pri 16,3 % manj kot 3 tedne. V 14 % primerov je zdravljenje trajalo 3–4 tedne, v enakem odstotku je trajalo 5–6 tednov in v 7 % se je zaključilo v 7–8 tednih.

V Tabeli 3 je razvidno, da smo primerjali trditve glede na izobrazbo, in sicer smo anketirane starše razdelili v skupini s srednješolsko in visokošolsko izobrazbo. Povprečne ocene trditve smo preverili s t-testom za neodvisna vzorca. Samo pri eni trditvi so rezultati pokazali, da obstajajo statistično značilne razlike glede na izobrazbo: »Kisik me omejuje pri gibanju, sprehodih« ($t = -3,33$, $p = 0,003$). Strinjanje je bolj izraženo pri starših s visokošolsko izobrazbo ali več ($\bar{x} = 4,08$, $s = 1,04$) kot pri starših s srednješolsko izobrazbo ali manj ($\bar{x} = 2,61$, $s = 1,65$).

Z analizo variance primerjave povprečij treh skupin po tipu kraja bivanja lahko potrdimo statistično pomembne razlike (Tabela 4). Trditev »Strah, povezan z nezaupanjem v svoje sposobnosti« ima najvišjo povprečno vrednost pri osebah, ki živijo v predmestju ($\bar{x} = 3,93$, $s = 1,38$), najnižjo pa pri tistih, ki živijo na

podeželju ($\bar{x} = 2,23$, $s = 1,24$), ($F = 5,74$; $p \leq 0,006$). »Strah pred kronično bolnim otrokom« ima najvišjo povprečno vrednost pri osebah, ki živijo v predmestju ($\bar{x} = 4,36$, $s = 1,22$), najnižjo pa pri tistih, ki živijo na podeželju ($\bar{x} = 2,92$, $s = 1,22$), ($F = 4,82$, $p \leq 0,013$). Trditev »Patronažna medicinska sestra je bila pred prvim obiskom seznanjena z zdravstvenim stanjem mojega otroka« ima najvišjo povprečno vrednost pri osebah, ki živijo v urbanem naselju ($\bar{x} = 4,19$, $s = 1,17$), najnižjo pa pri tistih, ki živijo v predmestju ($\bar{x} = 2,71$, $s = 1,59$). Statistično značilne razlike lahko potrdimo s tveganjem ($F = 4,68$, $p \leq 0,015$).

Diskusija

Raziskava je pokazala, da so starši otrok, ki nadaljujejo zdravljenje s kisikom v domačem okolju, dokaj dobro pripravljeni z zdravstvenovzgojnimi nasveti in imajo pozitivne izkušnje glede dostave in servisa potrebne opreme. Večina staršev je pritrnilo, da se težave pojavljajo predvsem zaradi prisotnosti strahov pred neznanjem in nezaupanja v lastne sposobnosti. Raziskava je poleg tega pokazala, da se je dobra četrtina staršev težko sprijaznila, da bo njihov otrok odpuščen iz bolnišnice v domačo oskrbo s kisikom, kljub temu da se začne zdravstvenovzgojno delo z njimi zelo kmalu po rojstvu nedonošenčka. V začetku starše spodbujamo, da se svojega otroka dotikajo, ga kengurujčkajo, pozneje pa jih naučimo še nege in rokovanja z otrokom. Največji izziv celotnega tima je, kako starše čim bolj pripraviti na prihod otroka v domače okolje. Iz rezultatov lahko sklepamo, da so se starši spopadali s strahovi pred neznanjem in nezaupanjem v svoje sposobnosti. Spiers in sodelavci (2011) navajajo, da je skrb za bolnega otroka doma za starše tako čustveno kot fizično zahtevna. Lopez in sodelavci (2012) poudarjajo, da starši nedonošenčkov potrebujejo veliko podpore s strani zdravstvenih delavcev v obliki delavnic in pogovorov tako v času zdravljenja v bolnišnici kot tudi po odpustu domov.

Čeprav starši težko pričakujejo dan odpusta, jih novica o bližajočem odhodu z oddelka pogosto spravi v stisko. Stiska ob odpustu je manjša, če so starši poučeni, opremljeni z navodili, informacijami, na koga se lahko obrnejo in ga vprašajo za nasvet (Aagaard, et al., 2015). Tudi naši rezultati potrjujejo dejstvo, da si želijo anketirani starši po prihodu otroka v domače okolje več informacij in možnost posveta z zdravstvenim in tehničnim osebjem. Tudi Kadivec in sodelavci (2015) v raziskavi ugotavljajo, da bolniki v pogovoru s koordinatorjem odpusta dobijo občutek varnosti glede življenja doma ter razumljive odgovore na svoja vprašanja.

Izsledki raziskave kažejo, da so starši imeli težave, ki so jih v največji meri reševali s telefonskim pogovorom z enoto, kjer so bili otroci hospitalizirani, oziroma so informacije našli sami. Največ vprašanih staršev je bilo povezanih z ustreznim ukrepanjem ob poslabšanju zdravstvenega stanja otroka. Že od začetka obravnave otroka je potrebno aktivno vključevanje in sodelovanje staršev, da bo njihov odziv čim bolj pozitiven (Parvaneh & Mahvash, 2014). Zdravstvena vzgoja staršev ne zajema samo učenja nege otroka, ampak tudi učenje ravnanja z aparaturami (Bregant & Štucin Gantar, 2014).

Več kot tretjina staršev se strinja, da patronažne medicinske sestre nimajo znanja o delovanju naprav in zdravstveni negi otroka s kisikom na domu. Tak rezultat lahko pripisujemo temu, da je v Sloveniji letno 30–35 dojenčkov s kisikom na domu. Tako se posamične patronažne medicinske sestre najverjetneje s takim primerom soočijo le enkrat. Nzirawa in sodelavci (2017) v svoji raziskavi poudarjajo pomen kontinuiranega spremljanja in podpore na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, ko starši v domačem okolju potrebujejo toliko več informacij in spodbude. Če ima patronažna medicinska sestra ustrezno znanje in izkušnje, lažje spremlja družino in ji pomaga na poti do zdravljenja (Kobal & Ramšak Pajk, 2013).

Glede na rezultate raziskave je ostalo nekaj družin brez obiska patronažne medicinske sestre, kar pomeni, da ni bila obveščena o odpustu s klinike ne s strani pediatra, ne s strani staršev. Po Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur.l. RS, št. 17/15, 2015) so patronažne medicinske sestre dolžne opraviti 6 obiskov v prvem letu starosti otroka oziroma 4 v novorojenčkovem prvem mesecu. Ob pregledovanju pravilnika smo ugotovili, da ne vsebuje navodil za obiske patronažne medicinske sestre pri bolnem dojenčku oziroma podatka, koliko obiskov naj opravi v primeru, ko pride otrok / dojenček v domačo oskrbo pri starosti 3 mesecev ali več. Omenjeno dejstvo kaže na nujno oblikovanje smernic o sodelovanju ter pretoku informacij med sekundarnim in primarnim nivojem zdravstvenega varstva glede obravnave dojenčka s kompleksnimi zdravstvenimi problemi v domačem okolju.

Da je potrebno dobro sodelovanje na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, nakazujejo tudi naši rezultati. Anketirani iz urbanega okolja so v primerjavi z anketiranimi s podeželja izrazili večje strinjanje z dejstvom, da so bile patronažne medicinske sestre predhodno bolj seznanjene z zdravstvenim stanjem otroka. Ali je bilo opravljenih tudi več obiskov na domu glede na tip naselja, iz rezultatov ne moremo razbrati. Burstrom in sodelavci (2017) ter Goodridge in sodelavci (2010) zaznavajo v sistemu primarnega zdravstvenega varstva neenakost v dostopnosti do storitev glede na urbano ali ruralno okolje. V naši raziskavi ne moremo govoriti o neenakosti obravnave, kajti nadaljnji podatki kažejo, da anketirani, ki živijo v predmestju in mestu, doživljajo večji strah pred kronično boleznijo otroka kot tudi strah pred nezaupanjem v lastne sposobnosti. Vsekakor bi bilo omenjena dejstva vredno podrobneje raziskati.

Opravljena raziskava je v slovenskem prostoru redkost. Večina objavljenih raziskav je namreč usmerjena v posledice zdravljenja s kisikom (zaostajanje v telesnem in duševnem razvoju, retinopatija) in ne v pomen zdravstvenovzgojnega dela s starši in njihove izkušnje, zato so rezultati naše raziskave težje primerljivi. Hkrati pa to kaže na potrebo po tovrstnem raziskovanju. Rezultati so namreč pokazali pomen zdravstvene vzgoje in podpore v času hospitalizacije kot tudi ob nadaljevanju zdravljenja v domačem okolju.

Omejitve raziskave se kažejo glede na velikost vzorca, saj je otrok, ki se zdravijo s kisikom na domu, malo. Žal je bil tudi odziv anketiranih staršev slabši od pričakovanega. Ocenjujemo, da preučevane neodvisne spremenljivke niso edini dejavniki, ki so vplivali na izkušnje anketiranih staršev. Tako nismo zajeli psihološkega vidika doživljanja, ki bi bil lahko v izhodišče za nadaljnje raziskave.

Zaključek

Nedonošenček s svojim prihodom na svet povzroči veliko spremembo za celotno družino; starše postavi v novo vlogo. Še posebno veliko skrbi, stresa in prilagajanja pa povzroči prihod otroka, pri katerem se bo nadaljevalo zdravljenje s kisikom na domu. Tak otrok zahteva od svojih staršev veliko strokovnega znanja. Medicinske sestre se trudijo z zdravstvenovzgojnim delom omiliti stisko staršev, ki prevzemajo skrb za bolnega otroka. Z raziskavo smo ugotovili, da so starši dobro pripravljene na odpust otroka iz bolnišnice v domače okolje in da imajo vsa potrebna navodila, vendar pa se situacija spremeni, ko so z otrokom sami doma oziroma se otroku spremeni zdravstveno stanje. Njihov največji problem je strah in posledično nizko zaupanje v svoje znanje in sposobnosti. Ravno zato starši potrebujejo podporo pediatra in patronažnega varstva. Patronažna zdravstvena nega novorojenčka je izredno pomembna

za varovanje zdravja otrok in družine. Patronažne medicinske sestre si z zdravstvenovzgojnim delom prizadevajo opolnomočiti starše pri skrbi za njihovega otroka. Koristne informacije, pridobljene z raziskavo, so lahko izhodišče za pripravo izobraževanj tako patronažnih medicinskih sester kot medicinskih sester v bolnišničnem okolju na področju zdravljenja otrok s kisikom v domačem okolju. Za nadgradnjo celostne obravnave otrok bi bilo treba v zdravstveni tim že pred odpustom otroka iz bolnišnice vključiti patronažno medicinsko sestro. Z dobro organizirano zdravstveno obravnavo se lahko staršem otrok s kisikom bistveno olajša skrb za njihovega otroka, kar celotni družini pomaga h kakovostnejši življenju kljub bolnemu otroku.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

Članek je pripravljen v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Pridobili smo soglasja Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko (št.: 0120-146/2016-2; KME 121/03/16) ter skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi UKC Ljubljana in vodstva Ginekološke klinike Ljubljana. / The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014). Republic of Slovenia Medical Ethics Committee (No.: 0120-146/2016-2; KME 121/03/16) and nursing and midwifery research group of the University Medical Centre Ljubljana and management of the Division of Gynaecology and Obstetrics Ljubljana approved this study.

Prispevek avtorjev / Author contributions

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

Literatura

- Aagaard, H., Uhrenfeldt, L., Spliid, M. & Fegran, L., 2015. Parents' experiences of transition when their infants are discharged from the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation*, 13(10), pp. 123–132.
<https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2287>
PMid:26571288
- Babnik, J., 2009a. Pogostost in perinatalni vzroki za nastanek bronhopulmonalne displazije. *Medicinski razgledi*, 48(2), pp. 1–11.
- Babnik, J., 2009b. Zdravljenje s kisikom na domu. *Medicinski razgledi*, 48(2), pp. 47–57.
- Balfour-Lynn, I.M., 2009. Domiciliary oxygen for children. *Pediatric Clinics Of North America*, 56(1), pp. 275–296.
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2008.10.010>
PMid:19135592
- Bregant, L. & Štucin Gantar, I., 2014. Kako pa doma. In: L. Kornhauser Cerar, ed. *Vaš nedonošenček*. Ljubljana: Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, pp. 151–152.
- Brenner, M., Larkin, P.J., Hilliard, C., Cawley, D., Howlin, F. & Connolly, M., 2015. Parents' perspectives of the transition to home when a child has complex technological health care needs. *International Journal of Integrated Care*, 15, art. ID e035, p. 29.
<https://doi.org/10.5334/ijic.1852>
PMid:26528098; PMCID:PMC4628510
- Burström, B., Burström, K., Nilsson, G., Tomson, G., Whitehead, M. & Winblad, U., 2017. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 16(29).
<https://doi.org/10.1186/s12939-017-0524-z>
PMid:28129771; PMCID:PMC5273847
- Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- Felc, Z., 2008. Timska obravnava dojenčka in novorojenčka v patronažnem varstvu z vidika pediatra. In: *Patronažna zdravstvena nega nosečnice, otročnice, novorojenčka in dojenčka; 3. strokovno srečanje Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester*. Žalec: Združenje zasebnih patronažnih medicinskih sester, pp. 67–78. Available at:
<http://zdravstvena.info/patronazna-zdravstvena-nega-nosecnicetrocnicenovorojencka-in-dojencka.html> [9.12.2016]
- Gardner, S.L., Enzman-Hines, M. & Dickey, L.A., 2011. Respiratory diseases. In: G.B. Merenstein & S.L. Gardner, eds. *Neonatal intensive care*. 7th ed. Maryland Heigh: Mosby Elsevier, pp. 581–677.

- Glovevnik Velikonja, V., 2014. Nedonošenček in družina. In: L. Cerar Kornhauser, ed. *Vaš nedonošenček*. Ljubljana: Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, pp. 103–125.
- Goodridge, D., Lawson, J., Rennie, D. & Marciniuk, D., 2010. Rural/urban differences in health care utilization and place of death for persons with respiratory illness in the last year of life. *Rural Remote Health*, 10(2), p. 1349. <https://www.rrh.org.au/journal/article/1349>
- Hayes, D., Meadows, J.T., Murphy, B.S., Feola, D.J., Shook, L.A. & Ballard, H.O., 2011. Pulmonary function outcomes in bronchopulmonary dysplasia through childhood and into adulthood: implications for primary care. *Primary Care Respiratory Journal*, 20(2), pp. 128–133. <https://doi.org/10.4104/pcrj.2011.00002> PMID:21336467
- Kadivec, S., Lainščak, M., Košnik, M. & Farkaš-Lainščak, J., 2015. Zadovoljstvo bolnikov s kronično obstruktivno pljučno boleznijo z obravnavo koordinatorja odpusta. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(3), pp. 195–204. <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.3.54>
- Kobal, K. & Ramšak Pajk, J., 2013. Prepoznane vloge diplomirane medicinske sestre v patronažnem varstvu. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zurc, eds. *Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi*: 6. mednarodna znanstvena konferenca; Ljubljana, 6.-7.junij 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 106–113. Available at: http://www.fzab.si/uploads/file/Zbornik_6_mednarodna_znanstvena_konferenca_2013_ky.pdf [21. 6. 2016]
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Krivec, U., 2014. Bolezni dihal. In: C. Kržišnik, ed. *Pediatrija*. Ljubljana: DZS, pp. 345–371.
- Krivec, U., Praprotnik, M., Bizjak, R., Slivnik, M., Štucin Gantar, I., Borinc Beden, A., 2010. Obravnavna otrok s kroničnimi boleznimi dihal na primarni, sekundarni in terciarni ravni. In: C. Kržišnik & T. Battelino, eds. *Izbrana poglavja iz pediatrije 22 izd.* Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Katedra za pediatrijo, pp. 51–62.
- Lopez, G.L., Hoehn Anderson, K. & Feutchinger, J., 2012. Transition of premature infants from hospital to home life. *Neonatal Network*, 31(4), pp. 207–214. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.31.4.207>
- Nzirawa, T., Haque, A. & Mas, A., 2017. Primary care-givers of infants on home oxygen therapy. *Journal of neonatal nursing*, 23(4), pp. 185–187. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.02.002>
- Parker, S. & Neubauer, C., 2007. *How to care for your baby with BPD (Bronchopulmonary Dysplasia)*. Phoenix: The Emily Center, Phoenix Children's Hospital. Available at: <https://www.phoenixchildrens.org/sites/default/files/health-information/the-emily-center/child-health-topics/handouts/bpd-52.pdf>. [21. 6. 2016].
- Parvaneh, V. & Mahvash, S., 2014. Parents' participation in taking care of hospitalized children: a concept analysis with hybrid model. *Iran Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(2), pp. 139–144. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4020022/> PMID:24834082
- Petrovič, M. & Oštir, M., 2013. Učenje staršev in zdravstvenih delavcev za oskrbo kronično bolnih otrok. In: T. Štemberger Kolnik & S. Majcen Dvoršak, eds. *Traheostoma v vseh življenjskih obdobjih*, Ljubljana, 31. januar 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, pp. 123–129.
- Pravilnik o spremembi Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*, 2015. Uradni list Republike Slovenije št. 17.
- Ramšak Pajk, J. & Ljubič, A., 2016. *Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 15–28.
- Ramšak Pajk, J., 2012. Uporaba znanj teoretičnih modelov pri obravnavi družine z novorojenčkom v patronažnem varstvu. In: M. Berčan, ed. *Patronažno varstvo v obdobju zgodnjega starševstva; 8. strokovno srečanje združenja ZPMS*. Vransko: Združenje ZPMS, pp. 7–8. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication_attachments/patronazno_varstvo_v_obdobju_zgodnjega_starševstva.pdf [21. 6. 2016].
- Ravnikar, V., 2010. Trajno zdravljenje s kisikom na domu: načini aplikacije. In: A. Črnetič, ed. *Kronično bolan otrok - kdo naj skrbi za njegove potrebe zunaj bolnišnice?* Zbornik predavanj; 1. in 2. oktober 2010; Radenci. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 106–108. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication_attachments/smsztp_zbornik_radenci_2010_web.pdf [21. 6. 2016].
- Siegel, R., Gardner, S.L. & Dickey, L.A., 2011. Families in crisis: theoretical and practical considerations. In: G.B. Merenstein & S.L. Gardner, eds. *Neonatal intensive care*. 7th ed. Maryland High: Mosby Elsevier, pp. 849–897.

Spiers, G., Parker, G., Gridley, K. & Atkin, K., 2011. The psychosocial experience of parents receiving care closer to home for their ill child. *Health and social care in the community*, 19(6), pp. 653–660.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01008.x>

PMid:21623985

Urlaub, V. & Lončan, J., 2012. Nedonošenček z bronhopulmonalno displazijo. In: M. Pevec, ed. *IX: Srečanje medicinskih sester v pediatriji, 13. in 14. april 2012*. Maribor. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, pp. 115–117.

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194.

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

PMid:24141714

Zemljič, M. & Oštir, M., 2012. Obravnava otrok s kronično dihalno odpovedjo - prikaz primera. In: M. Pevec, ed. *Celostna obravnava otroka in mladostnika z duševnimi motnjami; Novosti na področju zdravstvene nege otroške gastroenterologije; Zdravstvena nega otroka s kronično pljučno boleznijo*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, pp. 123–125.

Citirajte kot / Cite as:

Korelc, M. & Ramšak Pajk, J., 2019. Zdravljenje dojenčkov s kisikom v domačem okolju in izkušnje njihovih staršev. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), 119–127. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.2.311>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Razlike med ocenjevanjem in samoocenjevanjem kliničnega usposabljanja s strani kliničnih mentorjev in študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin

Differences between the evaluation of clinical training by clinical mentors and self-evaluation by the students of the Angela Boškin Faculty of Health Care

Sedina Kalender Smajlovič, Marta Smodiš

Ključne besede: aktivnosti zdravstvene nege; profesionalno vedenje; komunikacija; klinično usposabljanje

Key words: nursing interventions; professional behavior; communication; clinical practice

viš. pred. Sedina Kalender Smajlovič, dipl. m. s., mag. zdr. neg.

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

pred. Marta Smodiš, dipl. m. s.,
spec. managementa, mag. zdr.
neg.

Obe / Both: Fakulteta za
zdravstvo Angele Boškin,
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice,
Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Klinično usposabljanje študentov zdravstvene nege se zaključuje z ocenjevanjem in samoocenjevanjem. Namen raziskave je bil ugotoviti razlike med ocenjevanjem kliničnega usposabljanja s strani kliničnih mentorjev in med samoocenjevanjem s strani študentov visokošolskega strokovnega programa Zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin.

Metode: Raziskava je temeljila na kvantitativni neeksperimentalni opisni metodi. Podatki so bili zbrani s pisno analizo dokumentov; kot instrument je bila uporabljena primerjalna lista ocen in točk s 122 ocenjevalnih in samoocenjevalnih obrazcev za klinično usposabljanje v študijskem letu 2015/2016. Pridobljeni podatki so bili analizirani s pomočjo opisne statistike, t-testa za neodvisne vzorce in enofaktorske analize variance. Za statistično pomembne podatke so bile upoštewane razlike, kjer je bila vrednost statistične značilnosti $p \leq 0,05$.

Rezultati: Statistično značilna razlika se pojavlja tako v oceni / samooceni aktivnosti zdravstvene nege ($t = 5,519, p < 0,001$) kot tudi v oceni/samooceni profesionalnega vedenja na kliničnem usposabljanju ($t = 3,686, p < 0,001$). Študenti tretjega letnika ($n = 41, \bar{x} = 19,6, s = 1,1$) se na področju komunikacije samoocenijo z več točkami kot študenti prvega in drugega letnika, čeprav med vsemi tremi letniki ni statistično značilnih razlik ($F = 2,907, p = 0,059$).

Diskusija in zaključek: Klinični mentorji ocenijo izvajanje aktivnosti zdravstvene nege z več točkami kot študenti zdravstvene nege. V točkovanju profesionalnega vedenja na kliničnem usposabljanju se pojavljajo razlike med oceno/samooceno. Raziskava ugotavlja razlike med oceno in samooceno kliničnega usposabljanja s strani študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in kliničnih mentorjev.

ABSTRACT

Introduction: Clinical training of nursing students completes with evaluation and self-evaluation. The purpose of this study was to determine the differences between the evaluation of clinical training by clinical mentors and self-evaluation by nursing students of the first cycle nursing study program at the Angela Boškin Faculty of Health Care.

Methods: The research was based on a quantitative, non-experimental descriptive method. Data were collected with a written document analysis with a benchmark list of 122 evaluation and self-evaluation forms for clinical training in the 2015/2016 academic year. The obtained data were analysed using descriptive statistics, t-test for independent samples and one-factor variance analysis. For statistically significant data we took into account differences where the statistical significance was $p \leq 0.05$.

Results: There is a statistically significant difference in evaluation/self-evaluation of nursing interventions ($t = 5.519, p < 0.001$). There is also a statistically significant difference in clinical behavior in clinical training ($t = 3.68, p < 0.001$). Students in the 3rd year ($n = 41, \bar{x} = 19.6, s = 1.1$) awarded themselves more points for communication than students of the 1st and 2nd years, although there are no statistically significant differences among the students of all the three study years ($F = 2.907, p = 0.059$).

Discussion and conclusion: Clinical mentors awarded nursing care interventions more points than nursing students did. There are differences in the scoring of professional behavior in clinical training. The study has identified the differences between evaluation and self-evaluation of clinical training at the Angela Boškin Faculty of Health Care.

Uvod

Cilj visokošolskega izobraževanja je, da diplomanti pridobijo ustrezno znanje in kompetence, ki jih potrebujejo pri delu v kliničnem okolju. Cilj študijskih programov zdravstvene nege je usposobiti diplomante za potrebe zdravstvenega varstva z doseganjem splošnih in specifičnih kompetenc na področju zdravstvene nege kot tudi na področju kakovosti in varnosti pri obravnavi pacientov (Ministry of Social Affairs and Health, 2012; Willis Commission, 2012). Skela-Savič (2015) navaja, da s slovenske perspektive področje izobraževanja v zdravstveni negi urejajo veljavna Direktiva 2013/55/EU in njena predhodnica Direktiva 2005/36/EC, Zakon o visokem šolstvu (2012), različni standardi in merila Nacionalne agencije za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS), ki je med drugim odgovorna za akreditacijo in reakreditacijo visokošolskih zavodov in študijskih programov. Slovensko orodje kvalifikacij [SOK] (n. d.) za kvalifikacijo diplomirana medicinska sestra – VS oziroma diplomirani zdravstvenik – VS med splošne kompetence poleg ostalih navedenih umešča poznavanje in upoštevanje načela profesionalne etike, povezovanje teoretičnega znanja z različnih področij s praktičnimi izkušnjami pri delu s pacienti, obvladanje teoretičnega in praktičnega znanja za samostojno opravljanje negovalnih intervencij in za opravljanje dela v interdisciplinarnem timu pri izvajanju diagnostičnih in terapevtskih posegov ter tudi komunikacijske spretnosti.

Papastavrou in sodelavci (2016) poudarjajo, da je pridobivanje kakovostnih kliničnih izkušenj v podpornem in pedagoško prilagojenem kliničnem učnem okolju pomembna skrb visokošolskih zavodov. Isti avtorji navajajo, da kakovost kliničnega učenja običajno odraža kakovost strukture učnih kurikulumov. Kot navajata Duers in Brown (2009), je klinično usposabljanje pomemben del izobraževanja študenta zdravstvene nege, saj v njem pridobiva znanje, medicinska sestra – klinični mentor pa ga vodi skozi sam proces. Klinično usposabljanje je obvezen del študijskega programa Zdravstvena nega – VS in je regulirano s strani Direktive (Directive 2005/36/EC; Directive 2013/36/EC). Ramšak Pajk (2016) navaja, da sodijo znanje in izkušnje študentov iz kliničnega okolja med pomembnejše elemente v procesu izobraževanja iz zdravstvene nege. Vloga mentorja je ključna pri vodenju, usmerjanju in razvoju prihodnje generacije. Mentorji so pri svojem delu odgovorni tako za varnost pacienta, študenta kot za čim kakovostnejšo prakso ter razvijanje kompetenc. Saarikoski in sodelavci (2013) ugotavljajo, da so študenti zdravstvene nege svoje mentorje v kliničnem okolju srečali v večini primerov enkrat do trikrat v obdobju poteka kliničnega usposabljanja. Jokelainen in sodelavci (2011) ugotavljajo, da ustreznost usposobljenosti mentorjev na področju komunikacije, timskega dela, strokovnosti

pomembno vpliva na zadovoljstvo z mentorstvom. Wells in McLoughlin (2014) navajata željo mentorjev, da je klinično usposabljanje pozitivna izkušnja za študente. Hallin in Danielson (2010) sta ugotovila, da bolj pozitiven odnos mentorjev do mentorstva dosega večji vpliv na višino študentove ocene mentorja.

Zahteve standarda Sveta medicinskih sester in babic (Nursing and Midwifery Council [NMC], 2008) navajajo, da je ocenjevanje kompetenc študentov na kliničnem usposabljanju treba opraviti z neposrednim opazovanjem v praksi in z dokazi, pridobljenimi s posrednim opazovanjem. Skela-Savič (2016) v Smernicah za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega – VS navaja, da mora imeti klinično usposabljanje preverjanje znanja, ocenjeno pa mora biti na način, kot se preverja znanje pri teoretičnih predmetih. Poleg tega mora biti pogoj za vpis v višji letnik študija. Butler in sodelavci (2011) navajajo, da je proces ocenjevanja kliničnega usposabljanja zahteven. Na oceno študenta na kliničnem usposabljanju vpliva razpoložljivost časa s strani mentorja, ki ga nameni študentu (Butler, et al., 2011; Fahy, 2011). Tudi Meden in sodelavci (2017) navajajo, da je ocenjevanje študentov na kliničnem usposabljanju zahtevno, saj zahteva veliko s študentom preživetega časa, veliko ustreznega usmerjanja in čim bolj objektivno ocenjevanje.

Ocenjevanje kliničnega usposabljanja lahko poteka s pomočjo različnih ocenjevalnih obrazcev ali vprašalnikov (Ulfvarson & Oxelmark, 2012; Wu, et al., 2015; Iyama & Maeda, 2018). Nielsen (2013) in sodelavci navajajo, da ocenjevanje študentov na kliničnem usposabljanju poteka bolj objektivno, če so ocenjevalni obrazci skrbno pripravljene in jasni (nedvoumni). Meden in sodelavci (2017) na vzorcu 84 dodiplomskih študentov in 37 kliničnih mentorjev ugotavljajo, da večina anketirancev ni bila zadovoljna z načinom ocenjevanja kliničnega usposabljanja, da se zavedajo pomanjklivosti ocenjevalnega lista, opozarjali so tudi na pomanjkanje časa pri mentoriranju študentov.

Samoocenjevanje kliničnega usposabljanja je proces, v katerem študenti zdravstvene nege razmišljajo o pridobljenem znanju in šibkih točkah, kjer bi morali znanje še nadgraditi (Quinn & Hughes 2007; Wade & Hayes 2010; Heron, 2011). Študenti na kliničnem usposabljanju v obrazcu za numerično samoocenjevanje ocenijo svoje znanje in sposobnosti. Tako se naučijo prepoznavati lastne prednosti in tudi področja, ki jih morajo izboljšati. Cole (2009) navaja, da je samoocena zelo pomembna, vendar lahko študenti precenjujejo ali podcenjujejo svoje spretnosti. Delaram in Tootoonchi (2010) sta pri primerjavi med oceno in samooceno ugotovila, da ne prihaja do pomembnih razlik s strani ocenjevanja mentorjev in povprečnim rezultatom samoevalvacije študentov. Sitzmann in sodelavci (2010) menijo, da se v procesu samoocenjevanja odražajo čustva, ki so povezana z

zadovoljstvom na kliničnem usposabljanju. Študenti opisujejo samoocenjevanje kot zelo stresen dogodek (Levett - Jones, et al., 2011).

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin ima izdelano dokumentacijo kliničnega usposabljanja, s katero se dnevno vodi delo študenta zdravstvene nege in s tem spremlja njegov napredek pri usvajanju poklicnih kompetenc tako na strokovnem, motoričnem, vedenjskem, komunikacijskem področju kot na ostalih področjih. Ocenjevalni in samoocenjevalni obrazci vsebujejo sedem področij ocenjevanja kliničnega usposabljanja: profesionalno vedenje, komunikacijo, sodelovanje, izvajanje intervencij zdravstvene nege, dokumentiranje zdravstvene nege, zdravstveno svetovanje in individualno delo študenta. Na kliničnem usposabljanju klinični mentorji učnih baz poudarjajo celosten pristop v zdravstveni negi, vključevanje študentov v timsko delo in izvajanje medicinsko-tehničnih posegov v okviru kompetenc študenta. Visokošolski učitelji in visokošolski strokovni sodelavci fakultete pa v učnih bazah osrednjo pozornost namenjajo individualnemu delu s študenti, predvsem na področju vodenja študenta skozi proces zdravstvene nege, ter aplikaciji teorij in modelov zdravstvene nege glede na ugotovljene potrebe pacienta. Samoocena študenta na kliničnem usposabljanju ne vpliva na končno oceno kliničnega mentorja (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2016).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti, ali obstajajo razlike med ocenjevanjem kliničnega usposabljanja s strani kliničnih mentorjev in med samoocenjevanjem s

strani študentov študijskega programa Zdravstvene nege – VS na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Cilj je bil primerjati razlike med izbranimi področji ocenjevanja.

Postavili smo naslednje raziskovalne hipoteze:

H1: Povprečna vrednost samoocene s strani študentov na področju izvajanja intervencij zdravstvene nege je nižja kot ocena s strani kliničnih mentorjev.

H2: Študenti se na področju profesionalnega vedenja ocenjujejo višje, kot jih ocenijo klinični mentorji.

H3: Študenti višjega letnika svojo komunikacijo na kliničnem usposabljanju ocenjujejo višje kot študenti nižjega letnika.

Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativni neeksperimentalni opisni metodi. Podatke smo zbirali s pisno analizo dokumentov; kot instrument smo uporabili izdelano primerjalno listo ocen in točk, v katero smo vnašali točke iz ocenjevalnih obrazcev za klinično usposabljanje – obrazcev za numerično končno ocenjevanje s strani kliničnih mentorjev in obrazcev za numerično samoocenjevanje s strani študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

Opis instrumenta

Primerjalna lista ocen in točk je bila sestavljena za namen vnosa točk in ocen iz dveh obrazcev s področja kliničnega usposabljanja – Obrazca za numerično končno ocenjevanje kliničnega usposabljanja – izpolnjevanje dokumentacije učne baze in Obrazca za numerično samoocenjevanje kliničnega usposabljanja –

Tabela 1: Razlike v oceni parametrov ocenjevanja s strani študentov in kliničnih mentorjev

Table 1: Differences of evaluation parameters by students and clinical mentors

Točke (maksimum) / Points (maximum)		\bar{x}	s	t	p
Profesionalno vedenje (20 točk)	Mentorji	19,8	0,7	3,686	< 0,001
	Študenti	19,3	1,3		
Komunikacija (20 točk)	Mentorji	19,7	0,7	3,685	< 0,001
	Študenti	19,2	1,3		
Sodelovanje (10 točk)	Mentorji	9,9	0,4	3,365	< 0,001
	Študenti	9,6	0,9		
Izvajanje intervencij zdravstvene nege (20 točk)	Mentorji	17,4	3,9	5,876	< 0,001
	Študenti	13,6	6,0		
Dokumentiranje zdravstvene nege (20 točk)	Mentorji	16,3	6,3	0,635	0,526
	Študenti	15,8	6,0		
Zdravstveno svetovanje (5 točk)	Mentorji	4,8	0,5	4,683	< 0,001
	Študenti	4,4	0,8		
Individualno delo študenta (5 točk)	Mentorji	4,9	0,4	3,450	< 0,001
	Študenti	4,7	0,5		

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

Tabela 2: Razlike v samoocenjevanju komunikacije s strani študentov
Table 2: Differences in self-evaluation of communication by students

Letnik / Year	n	\bar{x}	s	F	p
1.	41	19,0	1,4	2,907	0,059
2.	40	19,2	1,2		
3.	41	19,6	1,1		

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

izpolnjevanje dokumentacije učne baze. Oba obrazca se na fakulteti uporabljata za ocenjevanje in samoocenjevanje kliničnega usposabljanja od študijskega leta 2007 / 2008 dalje. Primerjalna lista ocen in točk je bila izdelana za enkratni namen zbiranja podatkov.

Študenti so lahko na področju profesionalnega vedenja, komunikacije, izvajanja intervencij zdravstvene nege in dokumentiranja dosegli največ 20 točk. Na področju sodelovanja so študenti lahko dosegli največ 10 točk, na področju zdravstvenega svetovanja in individualnega dela pa na vsakem področju po 5 točk. Ocenjevanje kliničnega usposabljanja je potekalo v skladu s Pravilnikom o preverjanju in ocenjevanju na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin (2017), študenti so lahko pridobili ocene od nezadostno (1) do odlično (10).

Področje ocenjevanja profesionalnega vedenja vključuje etičen in profesionalen odnos do pacientov, varnost pacienta, osebnost in okolja ter iskanje priložnosti za učenje. Na področju komunikacije sta vključena pogovor s pacientom pri izvajanju zdravstvene nege in neverbalna komunikacija. V sodelovanje sta sodila vključevanje v timsko delo in prenos informacij kliničnemu ali šolskemu mentorju. Pri ocenjevanju in samoocenjevanju je v področje izvajanja intervencij zdravstvene nege vključeno ocenjevanje priprave pripomočkov, priprave prostora, priprave izvajalcev in pacientov, izvedbe same intervencije zdravstvene nege in na koncu ureditve pacientov, prostora, izvajalca, prostorov in pripomočkov. Na področju dokumentiranja je vključeno dokumentiranje zdravstvene nege, pri zdravstvenem svetovanju pa zaznavanje potrebe po zdravstvenem svetovanju in izvajanje zdravstvenega svetovanja glede na zdravstveno stanje pacienta. Pri individualnem delu študenta je v točkovanje sodilo ocenjevanje vsebine, predstavitve in oblike.

Opis vzorca

Za namen raziskave smo uporabili neslučajnostno in priložnostno vzorčenje. V raziskavo smo vključili 122 ocenjevalnih in samoocenjevalnih obrazcev. Izpolnili jih je 122 študentov študijskega programa Zdravstvene nege – VS, ki so izvajali klinično usposabljanje v marcu in aprilu v študijskem letu 2015 / 2016. Celotna populacija študentov v študijskem letu 2015 / 2016 je štela 343 študentov, kar predstavlja 35,5 %

sodelujočih študentov v raziskavi glede na omejen čas zbiranja podatkov iz dokumentacije kliničnega usposabljanja. V vzorec je bilo vključenih 99 študentk (81,1 %) in 23 študentov (18,9 %). Zajeli smo 41 študentov prvega (33,6 %), 40 študentov drugega (32,8 %) in 41 študentov tretjega (33,6 %) letnika. Točke na ocenjevalnih obrazcih je izpolnilo 75 kliničnih mentorjev.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo pridobili pisno soglasje Komisije za znanstvenoraziskovalno in razvojno dejavnost Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Raziskava je potekala tako, da sta koordinatorici kliničnega usposabljanja na fakulteti od 3. 5. 2016 do 30. 5. 2016 izvedli pregled dokumentacije kliničnega usposabljanja ter vnos ocen in samoocen v primerjalno listo ocen in točk v Excelovi tabeli. Pridobljeni podatki so bili nato obdelani s pomočjo računalniškega programa SPSS, verzija 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ZDA). Uporabili smo opisno statistiko, t-test za neodvisne vzorce in enofaktorsko analizo variance. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila vrednost statistične značilnosti $p \leq 0,05$.

Rezultati

V Tabeli 1 s pomočjo t – testa za neodvisne vzorce prikazujemo točkovanje na področju profesionalnega vedenja na kliničnem usposabljanju, komunikacije, sodelovanja, izvajanja intervencij zdravstvene nege, dokumentiranja zdravstvene nege, zdravstvenega svetovanja in individualnega dela študenta. V točkovanju profesionalnega vedenja na kliničnem usposabljanju se pojavlja statistično značilna razlika ($t = 3,686$, $p < 0,001$) s strani kliničnih mentorjev, ki sicer profesionalno vedenje študentov točkujejo višje ($\bar{x} = 19,8$, $s = 0,7$), kot ga točkujejo študenti ($\bar{x} = 19,3$, $s = 1,3$). V točkovanju komunikacije na kliničnem usposabljanju ($t = 3,685$, $p < 0,001$) se pojavlja statistično značilna razlika, klinični mentorji komunikacijo študentov točkujejo višje ($\bar{x} = 19,7$, $s = 0,7$), kot jo točkujejo študenti ($\bar{x} = 19,2$, $s = 1,3$). V točkovanju sodelovanja na kliničnem usposabljanju ($t = 3,365$, $p < 0,001$) se pojavlja statistično značilna razlika, klinični mentorji sodelovanje študentov

točkujajo višje ($\bar{x} = 9,9$, $s = 0,4$), kot ga točkujajo študenti ($\bar{x} = 9,6$, $s = 0,9$). V točkovanju aktivnosti/intervencij zdravstvene nege se pojavlja statistično značilna razlika ($t = 5,876$, $p < 0,001$) s strani kliničnih mentorjev, ki izvajanje intervencij zdravstvene nege ocenjujejo z višjo oceno ($\bar{x} = 17,4$, $s = 3,9$), kot se samoocenijo študenti ($\bar{x} = 13,6$, $s = 6,0$). Na področju dokumentiranja zdravstvene nege ($t = 0,635$, $p = 0,526$) se ne pojavlja statistično značilna razlika v točkovanju med kliničnimi mentorji in študenti. V točkovanju zdravstvenega svetovanja na kliničnem usposabljanju se pojavlja statistično značilna razlika ($t = 4,683$, $p < 0,001$) s strani kliničnih mentorjev, ki sicer zdravstveno svetovanje študentov točkujajo višje ($\bar{x} = 4,8$, $s = 0,5$), kot ga točkujajo študenti ($\bar{x} = 4,4$, $s = 0,8$). V točkovanju individualnega dela študenta na kliničnem usposabljanju se pojavlja statistično značilna razlika ($t = 3,450$, $p < 0,001$); klinični mentorji sicer individualno delo študenta točkujajo višje ($\bar{x} = 4,9$, $s = 0,4$), kot ga točkujajo študenti ($\bar{x} = 4,7$, $s = 0,5$).

V Tabeli 2 s pomočjo enofaktorske analize variance prikazujemo samoocenjevanje komunikacije s strani študentov na kliničnem usposabljanju glede na letnik študija. Na področju komunikacije se ocenjuje pogovor s pacienti pri izvajanju intervencij zdravstvene nege in neverbalne komunikacije. Ugotavljamo, da se študenti tretjega letnika ($n = 41$, $\bar{x} = 19,60$, $s = 1,10$) samoocenijo z več točkami kot študenti prvega in drugega letnika, čeprav med vsemi tremi letniki ni statistično značilnih razlik ($F = 2,907$, $p = 0,059$).

Diskusija

Na osnovi izvedene raziskave ugotavljamo, da klinični mentorji vse parametre ocenjevanja na kliničnem usposabljanju točkujajo z več točkami kot študenti zdravstvene nege. Razlike med ocenami in samoocenami s strani kliničnih mentorjev in študentov se pojavljajo pri točkovanju profesionalnega vedenja, komunikacije, sodelovanja, zdravstvenega svetovanja in individualnega dela študentov. Pri tem se postavlja vprašanje, zakaj klinični mentorji točkujajo omenjena področja ocenjevanja z več točkami, kot se samoocenjujejo študenti. Ob tem moramo upoštevati, da je pri ocenjevanju in samoocenjevanju kliničnega usposabljanja nujna primerna stopnja samokritičnosti tako na strani kliničnih mentorjev kot tudi študentov zdravstvene nege. Koordinatorice kliničnega usposabljanja na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin izvajajo redne koordinacijske sestanke s kliničnimi mentorji pred pričetkom kliničnega usposabljanja, kjer se pogovorijo o ocenjevanju in samoocenjevanju študentov ter o obrazcih za ocenjevanje oziroma samoocenjevanje. Tudi avtorji tujih raziskav (Walsh, et al., 2010; Jokelainen, et al., 2013; Broadbent, et al., 2014; Taylor, et al., 2015) poudarjajo pomembnost sestankov visokošolskih učiteljev, študentov in mentorjev na začetku kliničnega usposabljanja, da

pridobijo usmeritve za postopek ocenjevanja ter razlago ocenjevalnih obrazcev. Avtorji raziskav (Hyatt, et al., 2008; Cotter, et al., 2009; Oermann, et al., 2009) navajajo, da mentorji uporabljajo večinoma tri ali štiri različne metode ocenjevanja, kot so opazovanje, postavljanje vprašanj, dokumentiranje, pridobivanje povratnih informacij od ostalih zaposlenih ter povratne informacije od pacientov. Papathanasiou in sodelavci (2014), ki so proučevali stališča grških študentov zdravstvene nege o njihovem kliničnem usposabljanju, so ugotovili, da študenti navajajo najvišje rezultate pri profesionalnem vedenju in usmerjenosti na aktivnosti / intervencije zdravstvene nege, pojavile pa so se razlike med pričakovanji in realnimi situacijami v kliničnem učnem okolju.

V okviru izvedene raziskave lahko potrdimo prvo hipotezo, ki navaja, da je povprečna vrednost samoocene s strani študentov na področju izvajanja intervencij zdravstvene nege nižja kot ocena s strani kliničnih mentorjev, pri čemer lahko domnevamo, da so študenti pri izvajanju intervencij zdravstvene nege dovolj samokritični. V navodilih o obveznostih in odgovornostih študenta na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin pri opravljanju kliničnega usposabljanja v učnih bazah so za uspešno izvedbo kliničnega usposabljanja študenta pomembni aktivnost študenta, samoiniciativnost, sodelovanje, izvajanje aktivnosti v zdravstveni negi, ki morajo biti podprte s teoretičnim in praktičnim znanjem (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2017). Jensen (2013) na vzorcu ameriških študentov zdravstvene nege navaja, da so se študenti v primerjavi z ocenami kliničnih mentorjev ocenjevali z višjo oceno na vseh parametrih ocenjevanja na kliničnem usposabljanju. Ewertsson in sodelavci (2017) na osnovi etnografske raziskave na Švedskem zaključujejo, da študenti zdravstvene nege ne morejo prenašati znanja na področju izvajanja intervencij zdravstvene nege iz enega kliničnega okolja v drugega. Študentov napredek na področju izvajanja intervencij zdravstvene nege oblikujejo dejanske izkušnje in interakcije pri delu s pacienti.

Na osnovi izvedene raziskave ugotavljamo, da se pojavlja razlika v točkovanju profesionalnega vedenja s strani kliničnih mentorjev in študentov zdravstvene nege. Klinični mentorji ocenjujejo profesionalno vedenje na kliničnem usposabljanju z več točkami kot študenti zdravstvene nege, kar je v nasprotju s postavljenimi hipotezami. Navodila o obveznostih in odgovornostih študenta na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2017) opredeljujejo pravila profesionalnega vedenja in dolžnosti, ki naj vodijo študenta na kliničnem usposabljanju pri delu s pacienti in svojci. Livsey (2009), ki je proučevala povezavo med profesionalnim vedenjem študentov zdravstvene nege in vlogo visokošolskih zavodov s področja zdravstvene nege, na osnovi izvedene raziskave zaključuje, da obstaja neposredna povezava med percepcijo študentov o

strukturnem opolnomočenju v njihovem kliničnem učnem okolju in med profesionalnim vedenjem študentov zdravstvene nege.

Na osnovi izvedene raziskave ugotavljamo, da študenti zdravstvene nege med tremi letniki študija ne navajajo razlik v samooceni na področju komunikacije na kliničnem usposabljanju. Komunikacija je aktivnost, ki ima velik pomen v človekovem življenju (Knežević, 2008). Ko študent izvaja zdravstveno nego, se s pacientom pogovarja in ga spodbuja k aktivnostim. Študent mora poznati temelje dobre komunikacije ter jih upoštevati pri delu s pacienti. Mednje spada tudi neverbalna komunikacija, ki mora biti enaka verbalni. Odnos študenta do pacientov, obiskovalcev pacientov in kliničnih mentorjev mora biti dober in spoštljiv (Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2017). Abdrbo (2017) na osnovi izvedene deskriptivne longitudinalne raziskave zaključuje, da odnos študentov zdravstvene nege do učenja komunikacijskih veščin in zaznavanja pomena komunikacije med študenti različnih letnikov ni bistveno odstopal, so si pa študenti zdravstvene nege višjih letnikov podali višjo oceno na področju učinkovitosti komunikacije. Gurdogan in sodelavci (2016) navajajo tudi, da so študenti zdravstvene nege višjih letnikov svoje komunikacijske veščine (uporabljena je bila lestvica Communication Skills Evaluation) ocenili z višjo povprečno vrednostjo kot študenti nižjih letnikov.

Ocenjevanje in samoocenjevanje na kliničnem usposabljanju je del pomembnega procesa v izobraževanju prihodnjih nosilcev zdravstvene nege v kliničnem okolju (Lovrić, et al., 2015). Sistematični pregled 33 raziskav (Wu, et al., 2015) navaja, da obstaja potreba po razvoju celovitega kliničnega ocenjevalnega orodja z razumno stopnjo veljavnosti in zanesljivosti. Za doseglo samoocenjevanja z medsebojnim ocenjevanjem in še nekaterimi drugimi možnostmi je potrebna sprememba izobraževalne in znanstvene paradigme. Hkrati je potrebna implementacija demokratičnih in etičnih družbenih načel, vrednot in predpostavk. Siles-González in sodelavci (2016) navajajo, da je samoocenjevanje nov koncept za študente, ki jih zavezuje k reinterpretaciji njihove vloge. Glede na raznolikost študentskih načel, vrednot, motivacije, interesov in želja ima lahko reinterpretacija njihove vloge pozitivne učinke, tako da spodbudi aktiven in kritičen odnos do skupinskega dela in samoocenjevanja. Možno je tudi obratno: da se reinterpretacija vloge odraža kot nezanimanje, pasivnost in zmanjšano kritično mišljenje. Baumgartner in sodelavci (2017) navajajo potrebo, da visokošolski zavodi s področja zdravstvene nege razvijejo strategije, ki bodo olajšale postopek ocenjevanja kliničnega usposabljanja.

Izvedena raziskava priporoča nadaljnjo in stalno edukacijo kliničnih mentorjev in študentov zdravstvene nege na področju ocenjevanja in samoocenjevanja z namenom doseganja ciljev

kliničnega usposabljanja. Omejitve raziskave so v številu vključenih ocenjevalnih / samoocenjevalnih obrazcev. Rezultati veljajo samo za omenjeni vzorec, zato jih ne moremo posplošiti na celotno populacijo študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Izvedena raziskava je pilotna raziskava in predstavlja osnovo za nadaljnje delo na področju ocenjevanja in samoocenjevanja kliničnega usposabljanja.

Zaključek

Proučevani parametri ocenjevanja in samoocenjevanja kliničnega usposabljanja so ključni za zagotavljanje ustrezne kompetentnosti prihodnjih nosilcev zdravstvene nege. Ugotovitve v raziskavi so pokazale, da klinični mentorji z več točkami točkujejo vse parametre ocenjevanja na kliničnem usposabljanju. Treba je raziskati vzroke, zakaj klinični mentorji študentom zdravstvene nege namenijo visoko število točk na vseh področjih ocenjevanja. Ugotovili smo, da na področju komunikacije ni bilo mogoče ugotoviti razlik med samoocenami študentov vseh treh letnikov. Na obliko samoocene vplivajo kulturni in strukturni dejavniki ter masifikacija. Oblike ocenjevanja, sprejete v določenem izobraževalnem sistemu, odražajo načine razmišljanja, ki so povezane z različnimi ideologijami, vrednotami, etičnimi načeli in vzgojno-izobraževalnimi paradigmi.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (ali) Kodeksom etike za babice Slovenije (2014). / The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of ethics for nurses and nurse assistants of Slovenia (2014).

Prispevek avtorjev / Author contributions

Sedina Kalender Smajlović: uvod, metode, rezultati, diskusija in zaključek in Marta Smodiš: uvod, diskusija in zaključek. / Sedina Kalender Smajlović: Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusion and Marta Smodiš: Introduction, Discussion and Conclusion.

Literatura

- Abdrbo, A., 2017. Assessment of nursing students' communication skills. *Nursing Education Perspectives*, 38(3), pp. 149–151.
- Baumgartner, R., Häckter Ståhl, C., Manninen, K. & Rydholm Hedman, A.M., 2017. Assessment of nursing students in clinical practice: an intervention study of a modified process. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(11), p. 111.
- Broadbent, M., Moxham, L., Sander, T., Walker, S. & Dwyer, T., 2014. Supporting barchelor of nursing students within the clinical environment: perspectives of preceptors. *Nurse Education in Practice*, 14(4), pp. 403–409.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.12.003>
PMid:24439528
- Butler, M., Cassidy, I., Quillinan, B., Fahy, A., Bradshaw, C., Tuohy, D., et al., 2011. Competency assessment methods – tool and processes: a survey of nurse preceptors in Ireland. *Nurse Education in Practice*, 11(5), pp. 298–303.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2011.01.006>
PMid:21324419
- Cole, M., 2009. Exploring the h.d hygiene competence of student nurses: a case of flawed self assessment. *Nurse Education Today*, 29(4), pp. 380–388.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.010>
PMid:19062139
- Cotter, V.T., Bradway, C.K., Cross, D. & Melissa, A.T., 2009. Clinical evaluation tools for dual track adult and gerontology nurse practioner students. *Journal of the American Academy of Nurse Practioners*, 21(12), pp. 658–662.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00463.x>
PMid:19958416
- Delaram, M. & Tootoonchi, M., 2010. Comparing self- and teacher-assessment in obstetric clerkship course for midwifery students of Shahrekord University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education*, 9(3), pp. 231–238.
- Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications, 2005. *Official Journal of the European Union*, L 255, pp. 22–142. Available at:
<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:EN:PDF> [31. 7. 2018].
- Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. *Official Journal of the European Union*, L354/132. Available at:
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN> [21. 7. 2018].
- Duers, L.E., & Brown, N., 2009. An exploration of student nurses' experiences of formative assessment. *Nurse Education Today*, 29(6), pp. 654–659.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.02.007>
PMid:19285761
- Ewertsson, M., Bagga-Gupta, S., Allvin, R. & Blomberg, K., 2017. Tensions in learning professional identities - nursing students' narratives and participation in practical skills during their clinical practice: an ethnographic study. *BMC Nursing*, 16(1), pp. 1–8.
- Fahy, A., Tuohy, D., McNamara, M.C., Butler, M.P., Cassidy, I. & Bradshaw, C., 2011. Evaluating clinical competence assessment. *Nursing Standard*, 25(50), pp. 42–48.
<https://doi.org/10.7748/ns2011.08.25.50.42.c8656>
PMid:21928590
- Gurdogan, E.P., Uslusoy, E.C., Kurt, S. & Yasak, K., 2016. Comparison of the esteem and communication skills at the 1st and senior year nursing students. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), pp. 496–502.
- Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2016. *Zdravstvena nega (VS): prenova 2016*. Available at:
<https://www.fzab.si/si/mainmenu/studijski-programi-2/studijski-programi-prve-stopnje/zdravstvena-nega-vs-prenova-2016/klinicno-usposabljanje-2/>. [1. 8. 2018].
- Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2017. *Navodila o obveznostih in odgovornostih študenta Fakultete za zdravstvo Angele Boškin pri opravljanju kliničnega usposabljanja in izbirnega kliničnega usposabljanja v učnih bazah*. Available at:
https://www.fzab.si/uploads/file/AKTI%20FZAB/12_03_Navodila_o_obveznostih_in_odgovornostih_studenta_na_KU_in_IKU_19092018.pdf [11. 2. 2019].
- Hallin, K. & Danielson, E., 2010. Registered nurses' perceptions of nursing students' preparation and study approaches in clinical education. *Nurse Education Today*, 30(4), pp. 296–302.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.08.004>
PMid:19735962
- Heron, G., 2011. Examing principles of formative and summative feedback. *British Journal of Social Work*, 41(2), pp. 276–295.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq049>
- Hyatt, S.A., Brown, L. & Lipp, A., 2008. Supporting mentors as assessors of clinical practice. *Nursing Standard*, 22(25), pp. 35–41.
<https://doi.org/10.7748/ns2008.02.22.25.35.c6415>
PMid:18376632
- Iyama, S. & Maeda, H., 2018. Development of the self-regulated learning scale in clinical nursing practice for nursing students: consideration of its reliability and validity. *Japan Journal of Nursing Science*, 15(3), pp. 226–236.
PMid:29152853

- Jensen, R., 2013. Clinical reasoning during simulation: comparison of student and faculty ratings. *Nurse Education in Practice*, 13(1), pp. 23–28.
- Jokelainen, M., Turunen, H., Tossavainen, K., Jamookeeah, D. & Coco, K., 2011. A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (19/20), pp. 2854–2867. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03571.x> PMID:21429055
- Jokelainen, M., Jamookeeah, D., Tossavainen, K. & Turunen, H., 2013. Mentorship provision for student nurses: conceptions of Finnish and British mentors in healthcare placements. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(2), pp. 41–53.
- Knežević, A.N., 2008. *Se znamo obnašati: sodobno vedenje od A do Ž*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Levett - Jones, T., Gersbach, J., Arthur, C. & Roche, J., 2011. Implementing a clinical competency assessment model that promotes critical reflection and ensures nursing graduates' readiness for professional practice. *Nurse Education in Practice*, 11(1), pp. 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.07.004> PMID:20727825
- Livsey, K.R., 2009. Structural empowerment and professional nursing practice behaviors of baccalaureate nursing students in clinical learning environments. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), pp. 1–16.
- Lovrić, B., Prlić, N., Pušeljčić, S. & Žvanut, B., 2015. Students' assessment and self-assessment of nursing clinical faculty competencies. *Nurse Educator*, 40(5), pp. E1–E5. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000137> PMID:25643320
- Meden, E., Kvas, A. & Hoyer, S., 2017. Opisna raziskava mnenj in stališč študentov zdravstvene nege ter kliničnih mentorjev glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 320–327. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.157>
- Ministry of Social Affairs and Health, 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeksisiin ja moniammatillisiin palveluihin, Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. *Publications of the Ministry of Social Affairs and Health*, 7, pp. 1–29.
- Nielsen, C., Sommer, I., Larsen, K. & Torunn Bjork, I., 2013. Model of practical skill performance as an instrument for supervision and formative assessment. *Nurse Education in Practice*, 13(3), pp. 176–180. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.08.014> PMID:23021010
- Nursing and Midwifery Council [NMC], 2008. *Standards to support learning and assesment in practice*. Available at: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitesdocuments/standards/nmc-standards-to-support-learning-assessment.pdf>. [1. 8. 2018].
- Oermann, M.H., Yarbrough, S.S., Saewert, K.J., Ard, N. & Charasika, M., 2009. Clinical evaluation and grading practices in schools of nursing: national survey findings part II. *Nursing Education Perspectives*, 30(6), pp. 352–357. PMID:19999935
- Papathanasiou, I.V., Tsaras, K. & Sarafis, P., 2014. Views and perceptions of nursing students on their clinical learning environment: teaching and learning. *Nurse Education Today*, 34(1), pp. 57–60. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.02.007> PMID:23481172
- Papastavrou, E., Dimitriadou, M., Tsangari, H. & Andreou, C., 2016. Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: a research study. *BMC Nursing*, 15(44). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0164-4>
- Pravilnik o preverjanju in ocenjevanju znanja na fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, 2017. Available at: https://www.fzab.si/uploads/file/13_03_Pravilnik_o_preverjanju_in_ocenjevanju_znanja_na_FZAB_05092018.pdf. [1. 8. 2018].
- Quinn, F.M. & Hughes, S.J., 2007. *Quinn's principles and practice of nurse education*. 5th ed. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Ramšak Pajk, J., 2016. Vloga mentorjev pri kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege. Available at: http://www.fzab.si/uploads/file/2016_10_sola_za_KM_zbornik.pdf. [1. 8. 2018].
- Saarikoski, M., Kaila, P., Lambrinou, E., Cañaveras, R.M.P., Tichelaar, E., Tomietto, M., et al., 2013. Students' experiences of cooperation with nurse teacher during their clinical placements: an empirical study in a Western European context. *Nurse Education in Practice* 13(2), pp. 78–82. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.07.013> PMID:22902569
- Siles-González, J. & Solano-Ruiz, C. 2016. Self-assessment, reflection on practice and critical thinking in nursing students. *Nurse Education Today*, 45, pp. 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.07.005> PMID:27471109
- Sitzmann, T., Ely, K., Brown, K.G. & Bauer, K.N., 2010. Self-assessment of knowledge: a cognitive learning or affective measure? *Academy of Management Learning & Education* 9(2), pp. 169–191. <https://doi.org/10.5465/amle.9.2.zqr169>

- Skela-Savič, B. 2015. Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS). *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 320–333. <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.4.79>
- Skela-Savič, B., 2016. *Smernice za izobraževanje v zdravstveni negi na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega (VS)*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.
- Slovensko orodje kvalifikacij [SOK], n. d. Available at: <https://www.nok.si/kvalifikacije/diplomirana-medicinska-sestra-vs-diplomirani-zdravstvenik-vs-0>. [1. 8. 2018].
- Taylor, M., Brammer, J.D., Cameron, M. & Perrin, C.A., 2015. The sum of all parts: an Australian experience in improving clinical partnerships. *Nurse Education Today*, 35(2), pp. 297–303. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.003> PMid:25456255
- Ulfvarson, J. & Oxelmark, L., 2012. Developing an assessment tool for intended learning outcomes in clinical practice for nursing students. *Nurse Educational Today*, 32(6), pp. 703–708. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.09.010> PMid:22051102
- Wade, G.H. & Hayes, E., 2010. Challenges and opportunities associated with preceptored community health clinical experiences. *Public Health Nursing*, 27(5), pp. 459–467. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2010.00879.x> PMid:20840716
- Walsh, T., Jairath, N., Paterson, M. & Grandjean, C., 2010. Quality and safety education for nurses clinical evaluation tool. *Journal of Nursing Education*, 4(9), pp. 517–522. <https://doi.org/10.3928/01484834-20100630-06> PMid:20672776
- Wells, L. & McLoughlin, M., 2014. Fitness to practice and feedback to students: a literature review. *Nurse Education in Practice*, 14(2), pp. 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.08.006> PMid:24148671
- Willis Commission, 2012. *Quality with compassion: the future of nursing education. Report of the Willis Commission on Nursing Education*. Available at: <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/11/02/j/c/c/Willis-Commission-report-2012.pdf> [12. 3. 2018].
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMid:24141714
- Wu, X.V., Enskär, K., Lee, C.C. & Wang, W., 2015. A systematic review of clinical assessment for undergraduate nursing students. *Nurse Educational Today*, 35(2), pp. 347–359. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.016> PMid:25497138

Citirajte kot / Cite as:

Kalender Smajlović, S. & Smodiš, M., 2019. Razlike med ocenjevanjem in samoocenjevanjem kliničnega usposabljanja s strani kliničnih mentorjev in študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), 128–136. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.2.312>

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Vloga prve skrbstvene sestre Angele Boškin pri profesionalizaciji slovenske zdravstvene nege: zgodovinska raziskava življenjepisa (1912–1944)

The role of the first 'social care nurse' Angela Boškin in the professionalization of Slovenian nursing care: historical biographical research (1912–1944)

Brigita Skela-Savič

Ključne besede: stroka, profesija, medicinska sestra, skrb, izobraževanje, društvo

Key words: occupation, profession, nurse, care, education, association

red. prof. dr. Brigita Skela-Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org., znan. svet.; Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

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

IZVLEČEK

Uvod: Razumevanje zgodovine razvoja zdravstvene nege poveča moč in pozitivno samopodobo strokovnjakov, razvije večšine kritičnega mišljenja in delovanja. Cilj raziskave je bil raziskati profesionalno delo Angele Boškin skozi teoretični okvir elementov profesionalizacije v zdravstveni negi.

Metode: Uporabljena sta bila zgodovinsko raziskovanje z idealistično tradicijo in biografski pristop. V vsebinsko analizo in sintezo spoznanj je bilo vključenih 16 virov različne tipologije. Uporabljene so bile naslednje metode: parafraziranje, kronološki klasifikacijski sistem, vsebinska kategorizacija in tematizacija. Zanesljivost in veljavnost raziskave sta bili preverjeni z zunanjo in lastno kritiko virov, vsebinskim ravnovesjem in seznanitvijo z zgodovinskim obdobjem.

Rezultati: Oblikovanih je bilo 122 parafraz, združenih v 31 kategorij in 10 tem, ki opišejo prispevek Angele Boškin k profesionalizaciji slovenske zdravstvene nege v obdobju od 1912 do 1944. Teme so bile osnova za zapis zgodbe in zaključnih spoznanj.

Diskusija in zaključek: Angela Boškin je vzpostavila začetno ekspertizo stroke zdravstvene nege v Sloveniji, začetke njene avtonomije, profesionalne prepoznavnosti in ugleda. S prvo šolo je osnovala razvoj temeljnega strokovnega znanja in standardiziranega izobraževanja. Vzpostavila je avtonomijo dela na področju preventivne mater in otrok na terenu, pripomogla k sprejemu zakonskih podlag za delovanje zaščitne sestre na področju preventivne. Z vodenjem profesionalnega združenja je načrtala smer razvoja zdravstvene nege ter jo umestila v slovenski in mednarodni kontekst.

ABSTRACT

Introduction: Understanding the history of nursing enhances the capacity and positive self-image of nursing professionals, and helps them develop critical thinking and decision-making skills. The aim of the research was to investigate the professional work of Ms. Angela Boškin through the theoretical framework of professionalization elements in nursing.

Methods: Historical research design with idealistic tradition and biographical approach were used. A total of 16 sources of different typologies were included in content analysis and synthesis of evidence. The methods of paraphrasing, chronological classification system, content categorization, and content themes were used. Reliability and validity of the research were evaluated using external and personal information evaluation, balance of content, and familiarization with the historical period.

Results: A total of 122 paraphrases were produced and subsequently merged into 31 categories and 10 themes describing Ms. Angela Boškin's contribution to the professionalization of Slovenian nursing care in the period 1912–1944. The themes served as the basis for composing the story and drawing conclusions.

Discussion and conclusion: Ms. Angela Boškin provided the initial expertise needed to establish nursing as an occupation in Slovenia and contributed to the development of its autonomy, professional recognition and social esteem. By founding the first school, Ms. Boškin laid the foundations for the development of basic professional knowledge and standardized education. She established the autonomy of preventive care to mothers and children, and contributed to the adoption of a regulatory framework for 'social care nurse' in preventive nursing care. As the head of the nursing association, she set the direction for the development of nursing care, giving it value in Slovenia and internationally.

Uvod

Angela Boškin (1885–1977) je bila prva slovenska šolana skrbstvena sestra, ki je poklicno pot začela 3. februarja 1919 na Jesenicah. Šolala se je na Dunaju, v času, ko je bila Slovenija še del Avstro-Ogrske. Njeno delovno mesto je bilo določeno z dekretom Narodne vlade Srbov, Hrvatov in Slovencev v Ljubljani z dne 27. januarja 1919 na oddelku za socialno skrb. Delovno mesto je bilo po zapisu v *Zdravstvenem obzorniku* (Bole, 1969) poimenovano kot oskrbna sestra s sedežem na Jesenicah. Njena naloga je bila, »da obiskuje matere v času pred porodom in po njem ter jih uči higijene in pravilne nege dojenčka«. V Sloveniji je delovala od leta 1919 do upokojitve leta 1944.

V obdobju, ko je začela delovati, so bila v Evropi nekatera spoznanja o vlogi negovalnega kadra pri obravnavi zdravstvenih problemov že dobro prepoznana. Angela Boškin je v Sloveniji začetnica poklica in stroke zdravstvene nege ter njene profesionalizacije. V letu 2019 praznujemo sto let od začetka njenega poklicnega delovanja, zato je prav, da se ozremo nazaj in poleg osnovnih podatkov o njeni karierni poti poskušamo razumeti njeno vlogo in delovanje v kontekstu takratnega časa ter njen prispevek k razvoju in profesionalizaciji zdravstvene nege v Sloveniji.

Pomen zgodovinskih raziskav v zdravstveni negi

Poznavanje zgodovine razvoja zdravstvene nege v državi in širše učinkuje na javnost in javne analize o vlogi zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu in družbi. Razumevanje zgodovine razvoja zdravstvene nege poveča moč in pozitivno samopodobo strokovnjakov, ki delujejo v njej, ter razvije večšine kritičnega mišljenja in delovanja pri izvajalcih in študentih zdravstvene nege (Holme, 2015). Študenti s poznavanjem zgodovine zdravstvene nege razvijejo večšine kritičnega mišljenja in širšo sliko dejavnikov in ovir v razvoju zdravstvene nege v državi (Madsen, 2008). Kelly in Watson (2015) v integrativnem pregledu dvanajstih znanstvenih del ugotavljata, da je v dodiplomskih študijskih programih zdravstvene nege treba poleg predstavljanja pomembnih zgodovinskih osebnosti poudariti tudi ključne organizacijske ideje glede zdravja in bolezni, odnose med poklici, značilnosti dela medicinskih sester, njihov ugled, vodilne ideologije in nasprotovanja. Tako bi poglobili razumevanje pristopov k delu in bolje razumeli profesionalno identiteto, ponos, takratne družbene razmere ter socializacijo profesionalnih vrednot (Alpers, et al., 2012; Toman & Thifault, 2012).

Primerna metoda za globlji vpogled v zgodovino je zgodovinsko raziskovanje, a se v mednarodnem prostoru v zdravstvu in zdravstveni negi ne uporablja pogosto (Lewenson & McAllister, 2015); podobno velja za raziskave v zdravstveni negi v našem prostoru.

Raziskovalci zgodovine zdravstvene nege (Lewenson, 2011; Lewenson & McAllister, 2015) navajajo, da je razumevanje preteklega razvoja stroke izjemnega pomena. Raziskovalcem omogoča prepoznavanje ključnih spoznanj v kontekstu zgodovinskega dogajanja, dosežkov v obvladovanju zdravstvenih problemov v nekem obdobju in njihov učinek na zdravstveno politiko. Slednje omogoča spoznanja o družbi v zvezi s spolnimi, rasnimi, etničnimi vprašanji, ekonomijo in politiko zdravstvene obravnave. Za raziskovanje izbrane zgodovinske teme se lahko uporablja več pristopov – družbeni, feministični, politični, biografski in ekonomski.

Zgodovinski kontekst začetka poklicnega delovanja Angele Boškin

Kot pionirka zdravstvene nege v Evropi je prepoznana Florence Nightingale (1820–1910), ki je dobro razumela takratne zdravstvene probleme in je pri svojem delu razvila mnogo strokovnih inovacij. Poleg znanja, ki ga je pridobila s šolanjem v Angliji, se je učila iz izkušenj neposredne prakse ter na osnovi sistematičnih opazovanj in spoznanj reformirala delovne pristope. Pomembno je prispevala k začetkom izobraževanja in usposabljanja v zdravstveni negi ter zgodnji dobi profesionalizacije zdravstvene nege v svetu. Njeno delo ni učinkovalo samo na razvoj zdravstvene nege, temveč tudi na razvoj zdravstva (Stelle, 2017). V delu *Notes on Nursing*, ki velja za prvo knjigo o zdravstveni negi, je zapisala, da morajo medicinske sestre vztrajati in biti vodilne pri zdravstvenih reformah ter ne smejo sprejeti dejstva, da se ne da nič narediti (Nightingale, 1859 cited in Stelle, 2017). S svojo vztrajnostjo in konsistentnostjo je prispevala k razvoju prvih standardov zdravstvene nege. Poudarjala je krepitev zdravja, zmanjšanje tveganj in preprečevanje bolezni (Stelle, 2017). Kljub temu je niso podpirali vsi predstavniki medicine, ki je bila takrat že uveljavljen poklic. Menili so namreč, da je za negovalni kader potreben manjši obseg usposabljanja in njegova podrejenost medicini. Dvig stopnje izobrazbe v zdravstveni negi znotraj medicine še danes pogosto ni dobro sprejet, kar se odraža v slabšem medpoklicnem sodelovanju. Nightingalova se je v zdravstveni negi soočala z močjo in vsiljeno hierarhijo medicine, kar je pripomoglo k tekmovalnosti in ločevanju strokovnih pogledov. Slednje se je kulturno preneslo v poznejša obdobja medpoklicnega sodelovanja (MacMillan, 2012).

To, kar Florence Nightingale pomeni za Veliko Britanijo, Angela Boškin pomeni za Slovenijo. V času prve svetovne vojne je na Dunaju delovala kot kvalificirana negovalka; leta 1918 je zaključila šolanje na šoli za socialnozdravstveno delo za poklic skrbstvene sestre (Skela-Savič, 2007, 2016; Korenčan, 2009). While (2014) obdobje prve svetovne vojne opiše kot čas, ko so se že zelo uveljavila spoznanja Florence Nightingale o antisepsi,

izboljšale pa so se tudi kirurške tehnike, anestezija; uveljavilo se je spoštovanje do šolanega negovalnega kadra in potreba po njem. Poleg tega so sprejeli, da medicinska sestra na pacientovem domu zelo pomembno prispeva k obvladovanju problemov takratnega javnega zdravja. Angleži so že leta 1874 razvili profil »district nurse« in z aktom o registraciji medicinskih sester na terenu leta 1919 ustanovili združenje medicinskih sester in uredili njihovo registracijo kot obvezni del usposabljanja za zdravstveno nego na terenu. Poimenovali so ga *Queen's Nurses*. To je tudi čas, ko je Angela Boškin začela svojo poklicno pot na delovnem mestu oskrbne sestre na Jesenicah. Opravljala je patronažno dejavnost med ljudmi na terenu (Mugerli, 2015).

Proučevani okvir profesionalizacije zdravstvene nege

Danes profesionalizacija zdravstvene nege pomeni, da delo temelji na postavljenih strokovnih standardih in poklicnih kompetencah, kar pomembno učinkuje na zdravje ljudi in interes za delo v tem poklicu (Palese, et al., 2014). Skozi zgodovino razvoja člani določenega poklica in stroke stremijo k njegovemu razvoju, družbeni prepoznavnosti in profesionalizaciji. Teoretični okvir poklica so analizirali številni avtorji. Pomembno je, da imajo ne glede na strokovno področje vsi poklici skupne temeljene elemente, ki so bili prepoznani s pomočjo raziskovalnega dela (Bixler & Bixler, 1959; Schein & Kommers, 1972; Quinn & Smith, 1987; Miller, et al., 1993; Lindberg, et al., 1998; Muller, 2018; Gunn, et al., 2019). Prepoznavnost teh elementov vodi v družbeno in akademsko priznanje zdravstvene nege (Bixler & Bixler, 1959; Quinn & Smith, 1987; Miller, et al., 1993; Lindberg, et al., 1998; Skela-Savič, 2017a; Gunn, et al., 2019). Ti elementi, ki smo jih v našem prostoru na osnovi večletnega raziskovalnega dela terminološko prilagodili zdravstveni negi in so aplikativni tudi za druge zdravstvene poklice, so: (1) sistematično temeljno znanje, ki daje okvir delu v klinični praksi; (2) standardizirano visokošolsko izobraževanje kot pogoj za samostojno klinično delo; (3) zavezanost k izvajanju zdravstvenih storitev, ki koristijo posamezniku in skupnosti; (4) člani poklica zagotavljajo avtonomijo, zanesljivost in odgovornost delovanja v sistemu zdravstvene obravnave; (5) storitve so kontrolirane s standardi dela, spremljanjem kakovosti in izboljševanjem prakse, varnostjo pacientov in kodeksom etike delovanja; (6) člani poklica pripadajo profesionalnemu združenju in njegovim aktivnostim (Skela-Savič, 2009, 2014, 2017a, 2017b, 2017c, 2018; Skela-Savič, et al., 2011, 2016, 2017a, 2017b). Navedbo »klinično delo« razumemo na primeru zdravstvene nege kot delo diplomirane medicinske sestre ali zdravstvenika z zdravo in bolno populacijo v vseh življenjskih obdobjih.

Vsekakor je poznavanje zgodovine razvoja zdravstvene nege izjemnega pomena. Namenjeno

ni sodbi o preteklih obdobjih z današnjimi znanji in vrednotami, temveč razumevanju, kako se je zdravstvena nega v preteklosti odzivala, razvijala in prilagajala glede na takratne družbene, politične, ekonomske in kulturne izzive (Holme, 2015). S temi spoznanji bomo lažje razumeli sedanost zdravstvene nege in načrtovali njeno prihodnost.

Namen in cilji

Namen in cilj raziskave sta bila raziskati profesionalno delo Angele Boškin skozi teoretični okvir elementov profesionalizacije v zdravstveni negi, kot jo poznamo danes. Zastavljeno je bilo naslednje raziskovalno vprašanje:

– Kakšen je prispevek Angele Boškin k razvoju elementov profesionalizacije slovenske zdravstvene nege v obdobju 1919–1944?

Metode

Dizajn raziskave

Uporabili smo zgodovinsko raziskovanje, ne da bi razumeli preteklost, temveč da bi lažje pojasnili sedanost ter prihodnje odnose in pojave. Metodološko ustrezna interpretacija zgodovine zdravstvene nege, povezana s trenutnimi trendi, izzivi in področji profesionalnega interesa, ima pomembno vlogo pri njenem razvoju (Fitzpatrick, 2001; Lewenson, 2011). Gre za eno najstarejših raziskovalnih metod, ki sega v čas antičnih Grkov (Lewenson & McAllister, 2015).

Izbrali smo idealistično tradicijo zgodovinskega raziskovanja, ki uporablja kvalitativni pristop obdelave podatkov (Lewenson, 2011). Njen cilj je, da se raziskovalec poglubi v »žive izkušnje, zapise« iz preteklosti, razume dogajanje in dogodke, vlogo posameznika z upoštevanjem časa, prostora in situacije, iz katerih lahko generira nove ideje za sedanost. Izbrana tradicija zahteva jasen zapis o namenu raziskave, potrebno je znanje in razumevanje zgodovinskega obdobja proučevanja. Aplikativnost zgodovinske raziskave vidimo v učinkih na razumevanje izobraževanja, razvoja in upravljanja področja ter na njegovo vlogo v družbi (Lewenson, 2011). Pripomore k oblikovanju odločitev za prihodnost in izogibanju napakam iz preteklosti (Fitzpatrick, 2001). V okviru opisane tradicije smo izbrali biografski pristop po Lewensonu (2011), ki ga Fitzpatrick (2001) poimenuje proučevanje »velikih osebnosti«, zaslužnih za pomembne spremembe, in njihove moči v določenem družbenem kontekstu.

Tematski okvir zbiranja podatkov

Na izbor podatkov vpliva izbrani tematski okvir (Fitzpatrick, 2011, pp. 230–237); v našem primeru so to v uvodu navedeni elementi profesionalizacije

Tabela 1: Avtorji, naslovi in tipologija virov, vključenih v raziskavo**Table 1:** Authors, titles and typology of sources included in the research

Št. / No.	Avtor / Author	Lokacija vira / Location of source	Naslov / Title	Tipologija / Typology (Fitzpatrick 2001)
1	Bole, 1969	Elektronska baza OZN	Naša prva medicinska sestra Angela Boškinova	Interpretativni kronološki zapisi o osebi
2	Hočevnar-Kuharič, 1969	Elektronska baza OZN	Dispanzerji in posvetovalnice za otroke v SR Sloveniji	Interpretativni kronološki zapisi o dogodkih
3	Jarnovič, et al., 1969	Elektronska baza OZN	Iz društvenega življenja	Interpretativni kronološki zapisi o društvu
4	Anon, 1970	Elektronska baza OZN	Gradivo II. skupščine zveze DMS Slovenije dne 5. in 6. XII. 1969	Poročilo dogodka, povzetki srečanja
5	Uredništvo, 1970	Elektronska baza OZN	Osebnosti – o srečanju z Angelo Boškin	Zapis o osebi in dogodku
6	Gradišek, 1970	Elektronska baza OZN	Petdeset let dela in oblikovanja medicinske sestre na Slovenskem	Interpretativni kronološki zapisi o dogodkih
7	Gradišek, 1974	Elektronska baza OZN	Jubilejna skupščina Zveze društev medicinskih sester Slovenije: 50 let zdravstvenega strokovnega šolstva na Slovenskem	Interpretativni kronološki zapisi o dogodkih
8	Merljak, 1974	Elektronska baza OZN	Jubilejna skupščina Zveze društev medicinskih sester Slovenije: 50. obletnica ustanovitve šole za medicinske sestre na Slovenskem	Interpretativni kronološki zapisi o dogodkih
9	Miloradović, 1978	Elektronska baza OZN	Petdesetletnica strokovnega društva medicinskih sester na Slovenskem	Interpretativni kronološki zapisi o dogodkih
10	Zaletel & Šušteršič, 2005	Elektronska baza OZN	Ob 50-letnici izobraževanja iz zdravstvene nege	Interpretativni kronološki zapisi o dogodkih
11	Jakšič & Hauc, 2008	COBISS+	Angela Boškin [Videoposnetek]: poti k ljudem	Televizijski intervju
12	Rožman, 2007	COBISS+	Angela Boškin (1885–1977): prva medicinska sestra in socialna delavka v Sloveniji in Jugoslaviji (Rožman, Irena, 2007); članek – sestavni del v prispevku Pozabljena polovica: portreti žensk 19. in 20. stoletja na Slovenskem	Interpretativni zapisi v strokovni monografiji
13	Korenčan, 2009	COBISS+	Življenje in delo Angele Boškin, prve šolane medicinske sestre na Slovenskem	Interpretativni zapisi v strokovni monografiji
14	Rehar Sancin, 2012	COBISS+	Angela Boškin, prva medicinska sestra v Sloveniji (1885–1977), v prispevku Nojevo pero, 1. del, (Rojstvo 20. stoletja v znamenju primorskih žena, rojenih do leta 1900)	Interpretativni zapisi v strokovni monografiji
15	Štepec, 2014	COBISS+	Take vojne si nismo predstavljali: 1914–1918	Interpretativni zapisi v strokovni monografiji
16	Zupanič Slavec, 2005	COBISS+	Razvoj javnega zdravstva na Slovenskem med prvo in drugo svetovno vojno	Interpretativni zapisi v znanstveni monografiji
17	Keršič & Klemenc, 2017	COBISS+	Ustanovitev, organizacijske sheme in žigi	Interpretativni zapisi v strokovni monografiji

Legenda / Legend: OZN – Obzornik zdravstvene nege / Slovenian Nursing Review; COBISS+ – Co-operative Online Bibliographic System & Services / Kooperativni online bibliografski sistem in servisi

zdravstvene nege (Skela-Savič, 2009, 2014, 2017a, 2017b, 2017c, 2018; Skela-Savič, et al., 2011, 2016, 2017a, 2017b), ki smo jih poenostavili na razvojno obdobje v času poklicnega dela Angele Boškin. Poenostavljen tematski okvir zbiranja in razvrščanja podatkov ter njihove poznejše obdelave je obsegal:

- znanje in sposobnosti v zdravstveni negi,
- izobraževanje v zdravstveni negi,
- izvajanje storitev v zdravstveni negi,

- avtonomijo, zanesljivost in odgovornost izvajalcev,
- kontrolo storitev in obstoječe standarde,
- profesionalno združenje in aktivnosti.

Vzorec virov

Glede na izbrani tematski okvir smo se osredotočili na dokumentirane pisne vire, dostopne v knjižnicah in podatkovnih bazah, posebej na zapise o poklicnem in

strokovnem delu Angele Boškin. Zapise pod ključnima besedama »Angela Boškin« smo iskali v Cobissu in elektronski bazi revije *Obzornik zdravstvene nege* (OZN). Iskanja virov nismo časovno omejili, uporabili smo ključni besedi »Angela Boškin«. Ti dve bazi smo izbrali zato, ker smo ocenili, da vsebujeta največ dokumentiranih zapisov o profesionalizaciji zdravstvene nege in Angele Boškin. Cobiss ponudi 186 zadetkov; odstranili smo vse neustrezne, ki so se v naboru pojavili, ker vsebujejo besedno zvezo »Angela Boškin« (npr. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, tekmovanje srednjih šol, poimenovano po Angele Boškin, strokovni seminar, poimenovan po Angele Boškin). V pregled smo uvrstili 24 virov z naslednjimi okvirnimi tipologijami: film, dokumentarni ($n = 1$), informativni časopis ($n = 4$), knjiga ($n = 2$), diplomsko delo ($n = 1$), knjiga v angleškem jeziku ($n = 2$), strokovna monografija ($n = 2$), časopis, dnevni ($n = 4$), strokovni članek OZN ($n = 3$), leksikon ($n = 1$), zbornik predavanj ($n = 2$), mednarodni strokovni zbornik ($n = 1$), revija za ženske ($n = 1$). V končno analizo in obdelavo smo vključili 7 virov (Tabela 1).

V elektronski bazi revije *Obzornik zdravstvene nege* dobimo 97 zadetkov. Izločili smo neustrezne, najpogosteje zaradi imena »Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin«. V pregled smo uvrstili 22 virov z naslednjimi okvirnimi tipologijami: zapis ob obletnici ($n = 6$), osebne vesti ($n = 3$), predstavitev oseb ($n = 4$), uvodnik ($n = 3$), strokovni prispevek ($n = 3$), iz društev ($n = 2$), gradivo skupščine ($n = 1$). Končna obdelava je zajela 10 virov (Tabela 1).

Skupaj smo v končno analizo in obdelavo vključili 17 virov (Tabela 1): 16 sekundarnih virov in en primarni vir v obliki videoposnetka, dostopnega na spletni strani RTV. Primarni vir je lahko pisni ali ustni – glede na zapis ali govorjenje proučevane osebe. Sekundarni viri so verodostojni zapisi o osebi in dogodkih v času njenega dela, interpretativni zapisi, poročila dogodkov, članki o dogodkih, zapisi iz sestankov, strokovnih srečanj, povzetki srečanj, pripovedni opisi oseb, ki so se udeležile (ali ne) določenih dogodkov (Fitzpatrick, 2001).

Zanesljivost in veljavnost

Sledili smo smernicam Quality Scale for Historical Research Papers (QSHRP) (Kelly & Watson, 2014). Zanesljivost zgodovinske raziskave je povezana z lastno kritiko dobljenih primarnih in sekundarnih podatkov. Fitzpatrick (2001) pravi, da se sekundarni viri lahko jemljejo kot zanesljivi – včasih celo bolj kot primarni intervjuji – v primerih, ko so slednji preveč usmerjeni vase, vsebujejo preveč prispevkov in vključujejo selektivni spomin. V našem primeru smo imeli en dostopni primarni vir – televizijsko oddajo (Jakšič & Hauc, 2008), v kateri so posnetki intervjuja z Angele Boškin, izvedenega leta 1970. Odgovori Angele Boškin se ujemajo z zapisi v sekundarnih virih. Poleg tega nam je celosten vpogled v življenjepisa Angele Boškin omogočal še en sekundarni vir – diplomsko delo Korenčanove (2009). Da bi zagotovili čim večjo

zanesljivost podatkov, smo pri obdelavi podatkov v skladu z usmeritvami (Fitzpatrick, 2001; Lewenson, 2011) v različnih zapisih nenehno iskali ravnovesje in bili pozorni na neskladja. Zato smo primarni vir (Jakšič & Hauc, 2008) poslušali v večkratnih sekvencah, s katerimi smo potrjevali izrečeno v intervjuju in zapisih sekundarnih virov.

Za veljavnost je izjemnega pomena ocena zunanjske kritike, ki oceni kakovost virov, vključenih v analizo. V ospredju je ocena avtentičnosti, izvora in izvirnosti virov (Fitzpatrick, 2001). Zato smo vključili strokovnjakinji, ki se že desetletja v okviru strokovnega društva v zdravstveni negi ukvarjata z raziskovanjem zgodovine zdravstvene nege v Sloveniji. Dodatni viri niso bili predlagani, upoštevali pa smo predloge popravkov pri rabi določenih terminov. Da bi lažje razumeli zgodovino, vrednote, pričakovanja, tenzije, konflikte, čas in kulturo, v kateri je Angela Boškin poklicno živela, smo prebrali zapise o zgodovini zdravstva in zdravstvene nege opisanega obdobja (Ivančič Lebar, 2008; Terseglav Tomazin & Mihelič Zajec, 2010; Lačen-Benedičič, 2015; Mugerli, 2015; Zupanič Slavec, 2005, 2017).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskovalni proces, povzet po več avtorjih (Fitzpatrick, 2001; Lewenson & McAllister, 2015), vključuje sledeče korake: 1) prepoznavanje področja interesa, 2) postavljanje vprašanja, 3) formuliranje naslova, 4) pregled primarnih in sekundarnih virov, 5) interpretacija podatkov, 6) pripovedovanje zgodbe. Zgodbo lahko nadomesti tematska analiza podatkov po Lewensonu (2011). Uporabili smo jo tudi v našem primeru in v razpravi oblikovali zgodbo. Izbira interesa mora prispevati k raziskovanju področja. Pri tem je pomembno raziskovalčevo dobro poznavanje področja interesa in zgodovinskega okvira proučevanja, s čimer sta povezana postavitev vprašanj in naslov raziskave. Naslov mora odražati vsebino in obdobje proučevanja (Fitzpatrick, 2001; Lewenson & McAllister, 2015). Podatke smo zbirali in sekvenčno obdelovali od septembra 2018 do januarja 2019.

Podatke smo obdelali z naturalističnim pristopom. Najprej smo izbrane dokumentirane vire večkrat prebrali in oblikovali konsistenten pisni okvir poteka profesionalnega udejstvovanja Angele Boškin. Nato smo po Fitzpatricku (2001) oblikovali kronološki klasifikacijski sistem, kar nam je pomagalo pri uvrščanju in integraciji podatkov ter najdenih vsebinskih zapisov, ki so bili osnova za organiziranje besedil in kasnejšo analizo in interpretacijo. Naš cilj je bil vzpostaviti odnose in povezave med opisi v različnih dokumentih. Sledili sta vsebinska analiza in sinteza spoznanj. Uporabili smo parafraziranje (P), ki je ena od značilnih obdelav v zgodovinskem raziskovanju; neposredno citiranje se uporablja pomembno manj. Sledili smo usmeritvam za obdelavo podatkov po Lewensonu (2011). Naslednja faza

vključuje oblikovanje vsebinskih kategorij (K), iz katerih smo razvili tematske ugotovitve (T), ki niso bile več vezane na kronološko udejstvovanje, temveč na vsebino spoznanj o poklicnem delu Angele Boškin.

Rezultati

Dobili smo 122 parafraz, ki smo jih združili v 31 kategorij in iz njih oblikovali 10 tematskih spoznanj. Parafraze izhajajo neposredno iz pregledanih virov in predstavljajo vsebinsko in kronološko umestitev mejnikov v profesionalnem delu in razvoju Angele Boškin. Tabela 2 vsebuje natančen prikaz oblikovanih parafraz, virov, ki smo jih uporabili pri njihovem oblikovanju, in iz njih razvite vsebinske kategorije. V parafrazah smo stremeli k ohranjanju jezika in sloga pisanja, kot se je uporabljal v izvornih besedilih. V nadaljevanju z uporabo dobljenih kategorij in parafraz opišemo nekatere ključne mejnike profesionalne poti Angele Boškin.

Obdobje spremljanja lika in dela Angele Boškin pričnemo z letom 1912, ko je živela pri bratu na Dunaju. Poleg poslanstva, ki so ji ga namenili njeni starši, je želela še več, kar smo vsebinsko poimenovali »iskanje življenjskega smisla v poklicnem udejstvovanju« (K1). Tej želji je zelo vztrajno sledila in uspešno »zaključila šolanje za negovalko in dobila službo« (K2) na priznani kliniki na Dunaju ter postala asistentka pri doc. dr. Wagnerju (P6). Kot »kvalificirana negovalka in glavna sestra bolnišnice« (K4) se je aktivno udejevala v prvi svetovni vojni in v zadnjem vojnem letu šolanje nadaljevala na Dunaju. Postala je »skrbstvena sestra« (K4) – »diplomirala 30. 10. 1918« (K5). V diplomu (op. nekateri menijo, da gre za spričevalo, vendar le to v času izvedbe raziskave še ni jasno) najdemo zapis, da je usposobljena za poklicno opravljanje socialne skrbstvene dejavnosti na vseh področjih javne zdravstvene nege (P14). Prvotno je bila poslana na delo v Trst (P15), vendar po razpadu Avstro-Ogrske dekret ni bil več veljaven, zato se je vrnila v Ljubljano in tam iskala službo. Pri tem je imela velike težave, saj so imele bolnišnice pogodbe, sklenjene z redovnicami (P17). »Alojzija Štebi je prepoznala dobrobit izobrazbe Angele Boškin« (K6) kot prve šolane zdravstvene socialne delavke (P19). Angela Boškin je v okviru priprav na novo službo »spoznala družbene razmere, prisotnost konservativizma vseh slojev in monopol redovnic« (K7) pri reševanju zdravstvenih in socialnih razmer.

Angela Boškin je delo začela 3. februarja 1919 na Jesenicah kot »začetnica poklica skrbstvene sestre« (K8) v takratni državi Srbov, Hrvatov in Slovencev. »Revščina, lakota, slab odnos do zdravja otrok in družbena klima do zdravja in oskrbe jo presenetijo« (K9). Soočila se je s splošnim nezanimanjem za skrb za otroke (P29) tako pri revnih kot bogatih in nezaupanjem delavskega ljudstva do gospode (P30). »Strokovno se poveže in oblikuje delovni pristop do ljudi v okolju« (K10) tako, da vzpostavi dobro sodelovanje z dr. Kogojem, ki jo prepozna kot

dragoceno pomoč zdravstveni službi (P33), poveže se z babicami (P34) na Jesenicah. Enako uspešna je pri prepoznavanju političnih nazorov in »povezovanju s civilno družbo in ključnimi deležniki izven zdravstva in sociale« (K11), kot so župan, župnik, kmetje, dobrodelne organizacije. Poleg tega »zazna nemoč in razmišlja o socialnozdravstveni zaščiti v zahodni Evropi« (K12). »Razvije novo metodo dela, posvetovalnico za matere in dojenčke« (K13). Predlog podpreta dr. Kogoj in ga. Štebi. Posvetovalnica začne delovati 1. avgusta 1919; prebivalstvo skrbstveni sestri začne zaupati (P48). »Metoda dela posvetovalnice se razširi po Sloveniji, zaposli se nove oskrbne sestre« (K14). Sledi »premestitev v Ljubljano, kjer Angela Boškin sodeluje pri vzpostavitvi socialnozdravstvene zaščite otrok v Sloveniji« (K15). Za svojo sodelavko jo predlaga pediater dr. Ambrožič (P54). Sodeluje pri postavitvi prvega zavoda za varstvo otrok, ki je vključeval dečji in materinski dom, mlečno kuhinjo in otroški dispanzer (9. julij 1923) (P57). Postane »prva glavna sestra Zavoda za socialno in higiensko zaščito dece« (K16) in prva strokovno usposobljena sestra v zavodu (P59). Spopada se z neznanjem, saj so pri javno vplivnih ljudeh prisotni nazadnjaški nazori glede skrbi za revne in bolne otroke (P60).

Naslednji pomembni mejnik je konec leta 1923, ko je bila ustanovljena enoletna šola z monovalentnim programom za sestre; šolanje za poklic »otroška zaščitna sestra« (P61) se začne 3. januarja 1924. »Angela Boškin je bila med ustanovitelji enoletne Šole za sestre v sestavi Zavoda za socialno in higiensko zaščito dece« (K17). Namen šole je bil izobraziti sestre za področje zaščite dojenčkov in majhnih otrok, zaščite mladine, posvetovanja z materami in poklicno varuštvo, jaslic, dnevne zaščite, vrtcev, domov za varstvo mladine, ogroženih, zapuščenih in zanemarjenih, zaščite bolnih, sirot, revnih in jetičnih (P62). Angela Boškin je na šoli nostrificirala spričevalo iz Dunaja, bila prva generacija učenk in inštruktorica za patronažno službo ter glavna sestra zavoda, naslednja leta pa inštruktorica (P63). Prične se »intenziven razvoj šole za diplomirane sestre, ki od 1931 postane triletna Šola za zaščitne sestre« (K18). Program šolanja se je leta 1927 vsebinsko razširil in podaljšal na dve leti, leta 1931 na tri leta, kar je z nekaterimi modifikacijami (več v tabeli 2, K18) obveljalo do leta 1945 (P67, 69). Angela Boškin je na šoli delala do leta 1926, ko je bila premeščena v »posvetovalnico za matere in otroke« (K19) v Trbovlje (P64). Po premestitvi je bila kot sodelavka strokovnega društva vključena v razvoj šole (P65). V Trbovljah je doživela veliko revščine, pomanjkanja in izkoriščanja; posvetovalnica je bila opuščena. Spodbujala je ljudi, naj ne klonejo, poučevala mlada dekleta. V trboveljski gospodinjski šoli je predavala o higieni in negi dojenčka (P75). Udeleževala se je shodov in zborovanj za pravice žensk do izobrazbe in poklica (P83). Zaradi njene družbene angažiranosti ni imela podpore pri enem od dveh zdravnikov (P76).

Tabela 2: Kronološka razvrstitev rezultatov vsebinskega parafraziranja (parafraze) in oblikovanje nadpomenk (kategorije)
Table 2: Chronological classification of content paraphrasing results (paraphrases) and formation of hyponyms (categories)

Št. / No.	Kategorije / Category (K)	Obdobje / Period	Parafraze / Paraphrases (P; št. vira iz tabele 1 / P; No. of source in Table 1)
<i>Angela Boškin, parafraze in vsebinske nadpomenke (K)</i>			
1	Iskanje življenjskega smisla v poklicnem udejstvanju	Pri bratu na Dunaju (1905–1912)	Plave sestre – šolane negovalke (P1; 1, 13, 14). Prekipejajoča življenjska energija (P2; 1, 13, 14). Ne želi ostati gospodinja (P3; 1, 13, 14).
2	Zaključila šolanje za negovalko in dobila službo, 1914	Dunaj (1912–1915)	Dvoletno praktično delo in predavanja za negovalko, šolanje zaključila 1914 (P4; 1, 13, 14, 15). Hitro poklicno napredovanje, kot šolajoča negovalka nadomešča oddelčno sestro na oddelku za novorojenčke (P5; 1, 4, 13, 14). Asistentka na takrat znani kliniki pri ginekologu doc. dr. Wagnerju (P6; 1, 13, 14, 15).
3	Kvalificirana negovalka v prvi svetovni vojni, glavna sestra bolnišnice	Dunaj (1915–1917)	Dela v sanitetni ekipi rehabilitacijskega oddelka švedske misije v bolnišnici mednarodnega Rdečega križa (P7; 1, 12, 13, 14, 15). Leta 1917 postane glavna sestra v rezervni vojaški bolnišnici (P8; 1, 13, 14, 15). V težkih razmerah v vojaški bolnišnici uvede individualne zaposlitve bolnikov (P9; 1, 13, 14, 15).
4	Leta 1918 nadaljuje šolanje za poklic »skrbstvena sestra«	Dunaj (1918)	Nova šola za socialnozdravstveno delo za »skrbstvene sestre« (P10; 1, 8, 13, 14, 16). Boškinova je slušateljica druge generacije, edina Slovenka (P11; 1, 4, 8, 13, 14). Sprejemajo kvalificirane bolniške negovalke in ženske, ki so se izkazale v socialnih organizacijah in ustanovah (P12; 1, 13, 14).
5	Šolanje zaključila 30. oktobra 1918, razpade Avstro-Ogrska	Dunaj, Ljubljana (1918)	V času študija zanimanje preusmeri od tuberkuloznega delovanja k zaščiti mater in otrok (P13; 1, 13, 14). Diplomira 30. oktobra 1918, »usposobljena za poklicno opravljanje socialne skrbstvene dejavnosti na vseh področjih javne zdravstvene nege«, razpade Avstro-Ogrska (P14; 1, 4, 13, 14). Prvotno načrtovana za delo v Trstu, dekret ne velja več (P15; 1, 13).
6	Išče službo v Ljubljani, Alojzija Štebi prepozna pomen njene izobrazbe	Ljubljana (december 1918–januar 1919)	Službo išče v Ljubljani, v novi državi Srbov, Hrvatov in Slovencev (P16; 1, 13, 14). Službe ne dobi, bolnišnice so imele sklenjene pogodbe z redovnicami (P17; 1, 13, 14). Minister Kristjan jo napoti k Alojziji Štebi, nadzornici za mladinsko varstvo, ki se zavzema za varstvo mater in otrok ter je znana javna delavka in aktivna socialistka (P18; 1, 13, 14). Alojzija Štebi je bila med ustanovitelji prvih socialnih in socialnozdravstvenih zavodov v Sloveniji; prva spozna vrednost šolane zdravstvene socialne delavke (P19; 1, 13, 14).
7	Spozna konservativizem vseh slojev in monopol redovnic	Ljubljana (december 1918–januar 1919)	Prisoten je konservativizem vseh slojev, ki preprečuje delo na področju socialnozdravstvene zaščite (P20; 1, 13, 14). Reševanje težkih socialnih razmer je v rokah redovnic (P21; 1, 14). Monopol redovnic, ki težje socialne razmere rešujejo primitivno, s samaritanskim pristopom in zbiranjem darov (P22; 1, 13, 14). Štebjeva ji opiše bedo in neprosvetljenost delavskih naselij (P23; 1, 13).
8	Angela Boškin, začetnica poklica »skrbstvena sestra«, 3. februarja 1919 na Jesenicah	Jesenice (1919–1922)	Spisan prvi dekret v Sloveniji in takratni Jugoslaviji o nastanitvi skrbstvene sestre (27. januarja 1919); nameščena kot oskrbna sestra (P24; 1, 8, 13, 14). Prvi šolan pristop do zdravja mater in otrok se začne na Jesenicah (3. februarja 2019) s prvo skrbstveno sestro Angelo Boškin (P25; 1, 4, 10, 13, 14). Zapisane naloge skrbstvene sestre v dekretu – obiski mater pred porodom, učenje o higieni med porodom in po njem, učenje pravilne nege dojenčka (P26; 1, 13, 14).

Se nadaljuje / Continues

Št. / No.	Kategorije / Category (K)	Obdobje / Period	Parafraze / Paraphrases (P; št. vira iz tabele 1 / P; No. of source in Table 1)
9	Revščina, lakota, slab odnos do zdravja otrok ter družbeni odnos do zdravja in oskrbe jo presenetljivo	Jesenice (1919–1922)	Ljudje so izčrpani, sestradani, otroci zaostali v razvoju, manjkajo očetje (P27; 1, 13, 14). Ljudje jo sprejemajo začudeno, ker se zanima za najmlajše: »Kaj, tole ste prišli pogledat?« (P28; 1, 13, 14). Zanimanje za zdravje otrok ni spoštovano, ne pri revnih ne pri bogatih (P29; 1, 13, 14). Spozna nezaupanje delavskega ljudstva do gospode (P30; 1, 13, 14). Pazi, da je delavci ne bi umestili med gospodo, ravna tenkočutno (P31; 1, 13, 14). Uči o higieni in negi matere in dojenčka (P32; 1, 13, 14).
10	Strokovno se poveže in oblikuje delovni pristop do ljudi v okolju	Jesenice (1919–1922)	Angela Boškini najprej obišče dr. Kogoja, ki jo prepozna kot dragoceno pomoč zdravstveni službi (P33; 1, 13, 14). Pogovori se z babicami; prepriča jih, da jim bo lajšala delo, ki se bo dopolnjevalo (P34; 1, 13, 14). Pridobi naslove novorojencev in ogroženih družin (P35; 1, 13, 14). Dr. Kogoj upošteva njeno pobudo, naj ljudi obišče na domu (P36; 1, 13, 14). Začne s povezovanjem znotraj zdravstva in sociale (zdravniki, babice, seznami ogroženih družin) (P37; 1, 13, 14).
11	Poveže se s civilno družbo in ključnimi deležniki izven zdravstva in sociale	Jesenice (1919–1922)	Angela Boškini spozna svetovne in politične nazore političnih strank (socialdemokrati, klerikalci, nacionalisti) (P38; 1, 13, 14). Poveže se s predstavniki skupin izven zdravstva in sociale (županom, strankami, župnikom, kmeti, dobrodelno žensko organizacijo ...) (P39; 1, 13, 14). Pridobi premožne kmete in s tem pomoč v hrani, da v hiše ni vstopala praznih rok (P40; 1, 13, 14). Poveže se z dobrodelnim ženskim društvom (P41; 1, 13, 14).
12	Zazna nemoč, razmišlja o socialnozdravstveni zaščiti v zahodni Evropi	Jesenice (1919–1922)	Angela Boškini postane utrujena od peščenja, nemoči ob najbolj ogroženih porodnicah in otrocih, saj jih ni mogla napatiti v bolnišnico (P42; 1, 13). Spopada se z malodušjem: »A lahko narediš kaj več?« (P43; 1, 13). Razmišlja o znanju iz šolanja, kako pristopajo k socialnozdravstveni zaščiti v zahodni Evropi (P44; 1, 13).
13	Razvije novo metodo dela: posvetovalnico za matere in dojenčke; ki deluje od 1. avgusta 1919	Jesenice (1919–1922)	Angela Boškini zasnuje posvetovalnico, v kateri želi matere naučiti pravilnega hranjenja in negovanja otrok ter njihove zaščite pred škodljivimi vplivi okolja (P45; 1, 13, 14). Predlog predstavi dr. Kogoj in ga prepriča, da bi enkrat na teden ali dva tedna pregledoval dojenčke, ona pa bi matere učila o negi in prehrani dojenčka ter osebni higieni (P46; 1, 13, 14). Štebjeva potrди predlog o ustanovitvi »posvetovalnice za matere in dojenčke«, ki predstavlja nov žarek upanja (P47; 1, 13). Led je prebit, posvetovalnica začne delovati 1. avgusta 1919; prebivalstvo začne zaupati skrbstveni sestri (P48; 1, 6, 13).
14	Metoda dela posvetovalnice za matere in dojenčke se razširi po Sloveniji; zaposlilo nove oskrbne sestere	Jesenice, Trbovlje, Maribor (1919–1922)	Štebjeva pridobi za delo v posvetovalnici še Olgo Cvahte in Pavlo Bones. Predlog Angele Boškini se razširi (P49; 1, 13, 14). S posvetovalnico se začne bolj organizirano delo, ki vključuje več materialne pomoči revnim (izposojevalne košare – perilo, hrana, postrežnica) (P50; 1, 4, 8, 13). Pomoč revnim postane bolj organizirana, dodeli se prispevek za porod in otroško opremo za delavske družine (P51; 1, 13, 14). Vcepljanje higienskih navad vsej družini in širši okolici; leta 1941 je že 33 posvetovalnic, prva leta 1919 na Jesenicah (P52; 1, 2, 13).

Se nadaljuje / Continues

Št. / No.	Kategorije / Category (K)	Obdobje / Period	Parafraze / Paraphrases (P; št. vira iz tabele 1 / P; No. of source in Table 1)
15	Premestitev v Ljubljano, sodeluje pri vzpostavitvi socialnozdravstvene zaščite otrok v Sloveniji, 1922	Ljubljana (1922–1926)	<p>Angela Boškin maja 1922 zapusti Jesenice; nadomesti jo Vika Kecejl, ki nadaljuje sodelovanje z dr. Kogojem (P53; 1, 13).</p> <p>Pediatr dr. Ambrožič Angelo Boškin povabi v Ljubljano, da mu pomaga pri načrtih za organizacijo socialnozdravstvene zaščite otrok v Sloveniji (P54; 1, 2, 4, 8, 13, 14, 16).</p> <p>Dr. Ambrožič pridobi podporo naprednih ženskih krogov in organizacij (P55; 1, 8, 13).</p> <p>Angela Boškin z velikimi napori uredi otroško zavetišče in sirotišnico na Bohoričevi ulici v Ljubljani; otroke loči glede na potrebe in zdravstveno stanje (P56; 1, 4, 13).</p> <p>Angela Boškin sodeluje pri postavitvi prvega zavoda za varstvo otrok, ki vključuje dečiji in materinski dom, mlečno kuhinjo in otroški dispanzer (9. julija 1923) (P57; 1, 4, 6, 13, 14).</p> <p>Pridruži se ji Tončka Šifer, sledita ji Ana Kurent, negovalka iz bolnišnice Topolišča, in Marija Gril (P58; 1, 13).</p>
16	Prva glavna sestra Zavoda za socialno in higiensko zaščito dece, spopad z neznanjem, 1923	Ljubljana (1922–1926)	<p>Angela Boškin postane prva strokovno usposobljena sestra v Zavodu za socialno in higiensko zaščito dece in prva glavna sestra doma (9. julija 1923) (P59; 1, 4, 8, 13, 14).</p> <p>Spopad z neznanjem javno vplivnih ljudi, nazadnjaški nazori glede skrbi za revne in bolne otroke, »ženski je dovolj materinski instinkt, ljudi je preveč, zakaj skrbeti za zanemarjene otroke, to je drago« (P60; 1, 13, 14).</p>
17	Angela Boškin med ustanovitelji enoletne Šole za sestre v sestavi Zavoda za socialno in higiensko zaščito dece, strokovni naslov »otroška zaščitna sestra«, 1923	Ljubljana (1923–1926)	<p>Konec leta 1923 je ustanovljena enoletna šola z monovalentnim programom za sestre, začetek šolanja 3. januarja 1924, pridobljen naziv »otroška zaščitna sestra« (P61; 1, 4, 6, 7, 10, 13, 14).</p> <p>Namen šole je izobraziti sestro za področje zaščite dojenčkov in majhnih otrok, zaščite mladine, posvetovanja z materami in poklicno varstvo, jaslac, dnevne zaščite, vrtevce, domov za varstvo mladine, ogroženih, zapuščenih in zanemarijenih, zaščite bolnih, sirot, revnih in jetičnih (P62; 4, 6, 7, 8, 10).</p> <p>Angela Boškin nostrificira spričevalo iz Dunaja, v prvi generaciji leta 1924 je učenka in inštruktorka za patronažno službo ter glavna sestra zavoda, naslednja leta pa inštruktorka (P63; 1, 4, 8, 10, 13, 14).</p> <p>Angela Boškin na šoli poučuje do leta 1926, ko je premeščena v Trbovlje (P64; 1, 13).</p>
18	Intenziven razvoj šole za diplomirane sestre, od leta 1931 triletna Šola za zaščitne sestre	Ljubljana (1924–1943)	<p>Druga šolajoča generacija si kot simbol poklica izbere podobo žene s prizgano plemenico, ki je upodobljena na znački diplomirane sestre (P66; 4).</p> <p>25. novembra 1926 program razširijo in dolžino šolanja sester podaljšajo na dve leti. Pouk se prične 3. marca 1927; šolo preimenujejo v Šolo za dečje zaščitne sestre in dojenške negovalke pri Zavodu za socialno higiensko zaščito dece v Ljubljani. Leta 1931 se šola preoblikuje v polivalentni triletni program Šole za zaščitne sestre (P67; 3, 6, 7, 8, 10, 13).</p> <p>Vodenje šole je zaupano zdravnikoma dr. Ambrožiču in dr. Dragašu vse do leta 1934, ko ga prevzame zaščitna sestra Marija Česarek, ki na isti šoli diplomira leta 1927 (P68; 6, 8).</p> <p>Predmetnik se leta 1927 dopolni z otroškim zdravstvom, patronažno službo, socialno zakonodajo, polivalentnim delom in leta 1931 s predmeti naravoslovne vsebine, zdravstvene zakonodaje, pedagogike, socialne medicine; predmetnik velja do leta 1945 (P69; 3, 6, 8, 10).</p> <p>Zanimanje za šolanje je majhno zaradi nepoznavanja in zahtevnosti (P70; 3, 6, 14).</p> <p>Pogoji za šolanje večjega števila diplomiranih sester so omejeni (P71; 3, 6).</p> <p>V letih 1938–1943, ko zelo primanjkuje zaščitnih sester, sprejemajo osemnajstletne kandidatke, ki se šolajo samo dve leti (P72; 6).</p>
19	Angela Boškin je premeščena v posvetovalnico za matere in otroke v Trbovlje, 1926	Trbovlje (1926–1939)	<p>1926 je premeščena v posvetovalnico za matere in otroke v Trbovlje (P73; 1, 13, 14).</p> <p>V Trbovljah doživi veliko pomanjkanja in izkoriščanja. Posvetovalnica je opuščena, začne znova. Veliko je revščine, prostitucije, zapuščenih otrok, bojev med rudarji za preživetje (P74; 1, 13, 14).</p> <p>Ljudi spodbuja, naj ne klonejo, poučuje mlada dekleta, v trboveljski gospodinjški šoli predava o higieni in negi dojenčka (P75; 1, 13, 14).</p> <p>Eden od dveh zdravnikov je zaradi njene družbene angažiranosti ne podpre (P76; 1, 13, 14).</p> <p>Angela Boškin se udeležuje shodov in zborovanj za pravice žensk do izobrazbe in poklica (P83; 1, 13, 14).</p>

Se nadaljuje / Continues

Št. / No.	Kategorije / Category (K)	Obdobje / Period	Parafraze / Paraphrases (P; št. vira iz tabele 1 / P; No. of source in Table 1)
20	Angela Boškin med ustanoviteljicami strokovnega društva zaščitnih sester in dolgoletna predsednica (1928–1937)	Ljubljana (1927–1937)	Diplomantke Šole za sestre ustanovijo strokovno Društvo zaščitnih sester; ustanovni občni zbor je 27. novembra 1927. Naziv društva je Organizacija absolventk šole za sestre v Ljubljani (P77; 9, 13, 14, 16, 17). Občni zbor za prvo predsednico društva izvoli Antonijo Šiffrejo, v Upravni odbor pa Angelo Boškin, Pavlo Gruden, Pepco Hočevar in Viko Kecejl-Pičman. Šiffrejeva kmalu odide v Beograd, 7. oktobra 1928 vodenje prevzame Angela Boškin (P78; 9, 13, 17). Ustanoviteljice društva obravnavajo študijo Rdečega križa o poklicu sestre, razpravljajo o delovni obleki ter nakažejo potrebo po sestrskem glasilu; prej objavljajo v <i>Glasniku Rdečega križa</i> , revijah <i>Zdravje</i> in <i>Ženski pokret</i> (P79; 9, 13, 17). Društvo veliko dela posveti sestavljanju programov za šolo za sestre (P65; 13).
21	Angela Boškin delovanje društva leta 1932 postavi na mednarodno primerljivo raven s strokovnimi odbori po vzoru Mednarodnega sveta medicinskih sester	Društvo (1932–1937)	Organizacija leta 1932 dobi soglasje resornega ministrstva, da se lahko vse diplomirane sestre – ne glede na kraj delovanja – včlanijo v sestrsko organizacijo, ki deluje kot društvo na državni ravni (P80; 3, 13, 17). Angela Boškin na skupščini društva leta 1932 v delovanju društva zaščitnih sester prenese mednarodne smernice, ki jih predlaga Mednarodna zveza društev sester (ICN) (P81; 3). Predlaga, da Društvo slovenskih zaščitnih sester ustanovi različne delovne odbore, kot so odbor za mentalno higieno, odbor za metode socialno-medicinskega dela, odbor za razvoj strokovnosti dela nege bolnika v sestrski službi, odbor organizacije sestrske službe ter za nove metode in tehnike dela v bolnišnicah, odbor za proučevanje potreb po sestrah v državi, raven njihovega šolanja in nadaljnjega strokovnega izpopolnjevanja (P82; 3, 9).
22	Angela Boškin deluje kot aktivna borka za pravice žensk, društvo poveže z Žensko zvezo in Ženskim društvom	Društvo (1932–1937)	Društvo zaščitnih sester se leta 1932 tesno poveže z Ženskim društvom in Žensko zvezo (P84; 3, 9). Sestre predavajo na radiu, v tečajih za nego in prehrano dojenčka, sodelujejo v »odseku ženskega društva za mir«, protestirajo proti znižanju družinskih doklad (P85; 3, 9). Sestre imajo stalno predstavnico v ženski zvezi (P86; 3, 9). Vse gradijo o javnem delovanju in publicistiki sestre pošiljajo v arhiv Ženskega društva, v arhiv o javni aktivnosti žensk (P87; 3, 9). Ženska zveza je ključna pri borbi za status sester (delovno mesto, plača, status poklica) in primernejše prostore za šolanje sester (P88; 3, 9, 13).
23	Angela Boškin je kritična do pasivnih sester, pozove k »ženskemu boju«	Društvo (1933–1937)	Angela Boškin na občnem zboru 1933 poudari, da bodo sestre uspeli le, če se vključijo v tiste družbene organizacije, ki skušajo posredno reševati probleme, povezane z delom zdravstvenega delavca (P89; 3, 9, 13). Pozove, naj se sestre včlanijo v društvo, saj je pasivnost njihova največja napaka (P90; 3, 9). Sestre so kot ženske postavljene v življenjski boj, zato je aktivnost potrebna (P91; 3, 9). Na občnem zboru leta 1933 pozove, da se brezposelni organizirajo, kar zadeva tudi brezposelne sestre (P92; 3, 9, 13).
24	Angela Boškin v ospredje delovanja društva postavi poklicne potrebe sester po znanju, izpopolnjevanju in pogoje za šolanje	Društvo (1934–1937)	Društvo leta 1934 odpre strokovno knjižnico, naroči strokovne časopise (<i>Sestrinjska riječ</i> , <i>Babiški vestnik</i> , <i>Zdravniški vestnik</i> , <i>Zdravje</i>) (P93; 3, 9). Društvo poudarja potrebo po strokovnem izpopolnjevanju (hospitacije, zamenjava delovnih mest, tečaji) (P94; 3, 9). Sestre poudarjajo pomen ustreznih osebnih lastnosti in znanja za delo v tem poklicu, zato društvo predlaga, da v šolo sprejme samo učenke, ki imajo končane najmanj štiri razrede srednje šole; prednost naj imajo dekleta, ki že imajo zaključeno višješolsko ali drugo strokovno izobrazbo (P95; 3, 6, 9). Leta 1935 poteka prvi enomesečni tečaj za sestre, ki so v državni ali banovinski službi (P96; 9). Leta 1936 sestre v tuberkuloznih dispanserjih predlagajo, da se dispanzerske sestre srečujejo na rednih strokovnih sestankih, predavanjih in si izmenjajo izkušnje (P97; 3, 9). Leta 1937 poteka prvo strokovno izpopolnjevanje, štirinajstdnevni seminar higienskega zavoda, ki ga vodi dr. Amalija Šimec (P98; 3, 9, 13).

Št. / No.	Kategorije / Category (K)	Obdobje / Period	Parafraze / Paraphrases (P; št. vira iz tabele 1 / P; No. of source in Table 1)
25	Društvo se zavzema za reševanje poklicnega statusa in potrebe poklica v Jugoslaviji (zakon, šolanje, zaposlovanje v bolnišnicah, poenotenje naziva, učnih programov, delovne uniforme, poklicnega statusa)	Društvo (1934–1937)	Društvo predlaga, da je referentka na ministrstvu za zdravstvo, ki vodi politiko zaposlovanja in šolanja sester, iz sestrskih vrst (P102; 9). Pojavi se brezposelnost, saj sestre delajo le na primarni ravni, v bolnišnicah so še vedno redovnice, 1935 (P103; 3, 6, 9). Žensko društvo podpre zaposlovanje sester v bolnišnicah, vendar ne uspe, 1935 (P104; 3, 9). Leta 1935 skupščina v Skopju poda predlog Zakona o sestrski službi (P105; 3, 9). Društvo poda potrebo po enotnosti sestrskega naziva; do tega ni prišlo, v Sloveniji ostane naziv »zaščitna sestra« do konca druge svetovne vojne (P106; 3, 9). Slovensko društvo leta 1937 na skupščini v Sarajevu poda predlog o izenačenju učnih programov in statusa vseh sestrskih šol v Jugoslaviji in enotnem nazivu (P107; 3, 6, 9). Skupščina leta 1937 predlaga, da se na nova delovna mesta nastavlja le šolane sestre, da se predpiše delovna uniforma in uredi poklicni status v Jugoslaviji (P108; 3, 9).
26	Društvo se upre celibatu za sestre	Društvo (1937)	11. aprila 1937 se občni zbor društva ostro upre stališču Higienškega zavoda, da se za sestre uvede celibat (K99; 3, 9). Ženska zveza in zastopnica ga. Govekar odločno protestira, da je celibat omejevanje svobode in protizakonit, opogumi sestre, da se mu odločno uprejo (P100; 3, 9). Upor celibatu da nov zagon društvu in šolanju (P101; 3, 9).
27	Uveljavitev poklica zaščitne sestre na primarni ravni v pravnih predpisih za področje preventive leta 1937 in njihova prepoznavnost v drugi svetovni vojni	Slovenija (1937–1945)	Poklic zaščitne sestre se uveljavi na primarni ravni zdravstvene službe in tudi v pravnih predpisih (po 1937) (P109; 3, 9). Področje dela zaščitne sestre je le preventiva, vendar je delo opredeljeno in upoštevano (po 1937) (P110; 3, 9). Poklic zaščitne sestre doživi pravo potrditev po drugi svetovni vojni z nazivom patronažna medicinska sestra, kar izhaja iz razvoja skrbstvenih/zaščitnih sester, katerih začetnica je Angela Boškini (P111; 2, 3, 4, 6, 9). Zaščitne sestre, ki niso smele delati ob bolniku, so se vključile v kurativno in so med drugo svetovno vojno delovale, kjer koli so bile potrebne (P112; 4, 9). Med NOB si zaščitne sestre utrdijo družbeni ugled; po drugi svetovni vojni se preimenujejo v medicinske sestre (P113; 4, 9). Druga svetovna vojna prekine delo Društva zaščitnih sester (P114; 3, 9).
28	Angela Boškini službuje v Higienškem zavodu	1939	Angela Boškini se leta 1939 za krajši čas zaposli v Higienškem zavodu v Ljubljani kot vodja higienških razstav (P115; 1, 13).
29	Angela Boškini službuje v Škofji Loki	Škofja Loka (1939–1944)	Službovanje v Škofji Loki, druga svetovna vojna. Ne zaupa Nemcem, dela pod nadzorom sester hitlerjank (P118; 1, 13, 14). Vojna je huda preizkušnja za Angelo Boškini; ljudi usmerja, kako naj govorijo o zdravju in boleznih v družini, na pohodu je rasna čistka (P119; 1, 13).
30	Upokojitev Angele Boškini	Pevma (1944)	Utrujena in izčrpana od pritiskov druge svetovne vojne, stara blizu 60 let, prosi za upokojitev (P116; 1, 13, 14). Pojavi se huja duševna stiska, prosi za upokojitev (jeseni leta 1944 se upokoji), gre v Pemvo (P117; 1, 13).
31	Angela Boškini je dobitnica priznanj, nagrad in pričevalka o začetkih razvoja zdravstvene nege v Sloveniji	Pevma (1944–1970)	Red zaslug za narod s strani Josipa Broza Tita, ki ga prejme 21. novembra 1969, je priznanje stroki; prejme red zaslug za narod s srebrnimi žarki za delo na področju varstva mater in otrok (P120; 4, 13, 14). RTV Slovenija ob 50-letnici delovanja medicinskih sester na Slovenskem posname petnajstminutno oddajo o Angeli Boškini, ki je predvajana 8. marca 1970. Oddajo predvaja tudi RTV Beograd (P121; 5, 11, 13). Kot prva 5. decembra 1969 prejme zlati znak, najvišje priznanje Zveze društev medicinskih sester Slovenije (P122; 4, 13, 14).

Tabela 3: Razvite teme kot prispevek Angele Boškin k profesionalizaciji slovenske zdravstvene nege v obdobju od 1919 do 1944**Table 3:** Themes characterizing Ms. Angela Boškin's contribution to the professionalization of Slovenian nursing care in the period 1919–1944

<i>Teme / Themes</i>	<i>Kategorije (št.) / Category (No.)</i>
Angela Boškin daje pomen znanju, formalnemu izobraževanju in odgovornosti	Iskanje življenjskega smisla v poklicnem udejstvovanju (1).
	Zaključni šolanje za negovalko in dobi službo (2).
	Kvalificirana negovalka v prvi svetovni vojni, glavna sestra bolnišnice (3).
	Leta 1918 nadaljuje šolanje za poklic »skrbstvena sestra« (4).
	Šolanje zaključni 30. oktobra 1918, razpade Avstro-Ogrska (5).
Angela Boškin, prva skrbstvena sestra, stopi na pot premagovanja konservativnega odnosa do zdravja in revščine v družbi	Išče službo v Ljubljani, Alojzija Štebi prepozna vrednost izobrazbe Angele Boškin (6).
	Spozna konservativizem vseh slojev in monopol redovnic (7).
	Angela Boškin kot začetnica poklica skrbstvene sestre, 3. februarja 1919 na Jesenicah (8).
	Revščina, lakota, slab odnos do zdravja otrok in družbeni odnos do zdravja in oskrbe jo presenetijo (9).
Angela Boškin, strateška povezovalka virov za potrebe ranljivih in stroke	Strokovno se poveže in oblikuje delovni pristop do ljudi v okolju (10).
	Poveže se s civilno družbo in ključnimi deležniki izven zdravstva in sociale (11).
Angela Boškin razvije nov metodološki pristop dela v državi: posvetovalnico za matere in dojenčke	Zazna nemoč, razmišlja o socialnozdravstveni zaščiti v zahodni Evropi (12).
	Razvije novo metodo dela: posvetovalnico za matere in dojenčke (13).
	Posvetovalnica za matere in dojenčke se razširi po Sloveniji; zaposlijo nove oskrbne sestre (14).
Angela Boškin, zaslužna za vzpostavitev Zavoda za socialno in higiensko zaščito dece v Sloveniji	Premestitev v Ljubljano, sodeluje pri vzpostavitvi socialnozdravstvene zaščite otrok v Sloveniji (15).
	Prva glavna sestra Zavoda za socialno in higiensko zaščito dece, spopad z neznanjem (16).
Angela Boškin, zaslužna za ustanovitev in razvoj prve šole za zaščitne sestre v državi	Angela Boškin med ustanovitelji enoletne Šole za sestre v sestavi Zavoda za socialno in higiensko zaščito dece (17).
	Intenziven razvoj šole za diplomirane sestre, od 1931 triletna Šola za zaščitne sestre (18).
Angela Boškin, soustanoviteljica in predsednica društva zaščitnih sester, vizionarka razvoja stroke kot profesije	Angela Boškin med ustanoviteljicami strokovnega društva zaščitnih sester in dolgoletna predsednica (1928–1937) (20).
	Angela Boškin delovanje društva leta 1932 postavi na mednarodno primerljivo raven s strokovnimi odbori in članstvom v ICN (21).
	Angela Boškin v ospredje delovanja društva postavi poklicne potrebe sester po znanju, izpopolnjevanju in pogoje za šolanje (24).
Angela Boškin, borka za pravice žensk, pravice in status lastne poklicne skupine in pravice ranljivih v družbi	Angela Boškin deluje kot aktivna borka za pravice žensk; društvo se poveže z Žensko zvezo in Ženskim društvom (22).
	Angela Boškin je kritična do pasivnih sester, pozove v »ženski boj« (23).
	Društvo se upre celibatu za sestre (26).
Angela Boškin vidno prispeva k pogojem za oblikovanje in priznavanje poklica	Društvo se zavzema za reševanje poklicnega statusa in potreb poklica v Jugoslaviji (zakon, šolanje, zaposlovanje v bolnišnicah, poenotenje naziva, učnih programov, delovne uniforme, poklicnega statusa) (25).
	Uveljavitev poklica zaščitne sestre na primarni ravni v pravnih predpisih za področje preventive leta 1937 in njihova prepoznavnost v drugi svetovni vojni (27).
	Angela Boškin je dobitnica priznanj, nagrad in pričevalka o začetkih razvoja zdravstvene nege v Sloveniji (31).
Angela Boškin je menjala pet delovnih mest. Kako je bil potencial skrbstvene / zaščitne sestre Angele Boškin vključen v razvoj takratnega javnega zdravstva?	Angela Boškin kot začetnica poklica skrbstvene sestre, 3. februarja 1919 na Jesenicah, 1919–1922 (8).
	Premestitev v Ljubljano, sodeluje pri vzpostavitvi socialnozdravstvene zaščite otrok v Sloveniji, 1922 (15).
	Angela Boškin je premeščena v posvetovalnico za matere in otroke v Trbovlje, 1926 (19).
	Angela Boškin službuje v Higienskem zavodu (28).
	Angela Boškin službuje v zdravstvenem domu v Škofji Loki, 1939–1944 (29).
	Upokojitev Angele Boškin (30).

Leta 1927 je nastala prva strokovna organizacija sester. Ustanovni občni zbor je bil 27. novembra 1927. Naziv društva je bil »Organizacija absolventk šole za sestre v Ljubljani« (P77) v Zavodu za socialno-

higiensko zaščito dece v Ljubljani. »Angela Boškin je bila med ustanoviteljicami strokovnega društva zaščitnih sester in dolgoletna predsednica« (K20). Leta 1932 »Angela Boškin delovanje društva postavi na

mednarodno primerljivo raven s strokovnimi odbori po vzoru Mednarodnega sveta medicinskih sester« (K21). Društvo dobi soglasje resornega ministrstva, da se lahko vse diplomirane sestre – ne glede na kraj delovanja – včlanijo v sestrsko organizacijo, ki postane društvo na državni ravni (P80). Angela Boškin društvo razvojno usmeri v oblikovanje različnih delovnih odborov (več v P82). Postane »aktivna borka za pravice žensk, društvo se poveže z Žensko zvezo in Ženskim društvom« (K22). Sestre predavajo na radiu, v tečajih za nego in prehrano dojenčka, sodelujejo v »odseku ženskega društva za mir«, protestirajo proti znižanju družinskih doklad (P85), imajo stalno predstavnico v ženski zvezi (P86). Ženska zveza ima ključno vlogo pri borbi za status sester (delovno mesto, plača, status poklica) in primernejše pogoje za njihovo šolanje (P88).

Angela Boškin je bila »kritična do pasivnih sester, pozove jih v t. i. ženski boj« (K23). Leta 1933 na občnem zboru društva poudari, da bodo sestre uspele le, če se vključijo v družbene organizacije, ki skušajo posredno reševati probleme, ki zadevajo delo zdravstvenega delavca (P89), in sestre pozove, da se včlanijo v društvo. Pove, da je pasivnost največja napaka sester (P90) in da se brezposelni organizirajo, kar zadeva tudi sestre (P92). »V ospredje delovanja društva postavi poklicne potrebe sester po znanju, izpopolnjevanju in pogoje za šolanje« (K24) ter »reševanje poklicnega statusa in potreb poklica v Jugoslaviji (zakon, šolanje, zaposlovanje v bolnišnicah, poenotenje naziva, učnih programov, delovne uniforme, poklicnega statusa)« (K25).

Pomembna prelomnica v delu društva je leto 1937, ko skupaj z Žensko zvezo izvede upor proti »celibatu za sestre« (K26), ki ga predlaga Higienski zavod (P99). Upor celibatu da nov zagon društvu in šolanju (P101). V tem obdobju (1937) pride do »uveljavitve poklica zaščitne sestre na primarni ravni v pravnih predpisih za področje preventive« (K27). Področje dela je bila preventiva (P110). Poklic zaščitna sestra doživi pravo potrditev po drugi svetovni vojni, ko se preimenuje v poklic patronažna medicinska sestra. Preimenovanje izhaja iz razvoja najprej skrbstvenih, nato zaščitnih sester, katerih začetnica je Angela Boškin (P111).

Leta 1939 je Angela Boškin za krajši čas nastopila »službovanje v Higienskem zavodu« (K28), še v istem letu je sledila premestitev in »službovanje v Škofji Loki« (K29). Tam jo je doletela druga svetovna vojna; delala je pod nadzorom sester hitlerjank (P118). Vojna je bila zanjo huda preizkušnja. Utrujena in izčrpana, stara blizu šestdeset let, je zaprosila za »upokojitev« (K30) in se v jeseni leta 1944 upokojila (P117). Za svoje delo je prejela več »priznanj in nagrad« (K31).

Iz predstavljenih kategorij smo razvili 10 tem, ki opišejo prispevek Angele Boškin k profesionalizaciji slovenske zdravstvene nege v obdobju od leta 1919 do leta 1944 (Tabela 3). Iz razvitih tem smo v skladu z metodološkimi usmeritvami (Fitzpatrick, 2001;

Lewenson & McAllister, 2016) v razpravi oblikovali zgodbo in ključne ugotovitve.

Diskusija

Prispevek Angele Boškin k profesionalizaciji slovenske zdravstvene nege

Spoznanje, da je Angela Boškin kot oseba »dala pomen znanju, formalnemu izobraževanju in odgovornosti« (T1) je ključnega pomena, da se je nov poklic oskrbne sestre leta 1919 na Slovenskem uvrstil med izvajalce zdravstvenih in socialnih storitev v takratnem zgodovinskem kontekstu in s tem na seznam zdravstvenih poklicev ter leta 1937 pridobil priznanje na zakonodajni ravni. Izkazovala je močno željo po poklicnem udejstvovanju, izbrala šolanje in ga uspešno zaključila. Gunn in sodelavci (2019) kot začetke profesionalizacije poklica opredelijo vzpostavitev poklicne skupine, ki ima lastno ekspertizo, avtonomijo, profesionalno prepoznavnost, ugled, čim višji socialni status, plačilo za delo in moč delovanja. Večino naštetega je Angela Boškin začela razvijati, ko je kot prva skrbstvena sestra 3. februarja 1919 prevzela delovno mesto oskrbne sestre na Jesenicah. Boškinova je vzpostavila lastno ekspertizo, avtonomijo, profesionalno prepoznavnost in ugled, ko je na osnovi ocene stanja potreb v takratnih zdravstvenih in socialnih razmerah na Jesenicah razvila nov delovni pristop v obliki posvetovalnice za matere in dojenčke. Izkazalo se je, da je šlo za nov »metodološki pristop dela v državi« (T4) na področju zdravja mater in otrok, ki se je razširil po državi in omogočil razvoj izobraževanja in odpiranje delovnih mest za poklic.

Izkazala se je kot »strateška povezovalka virov za potrebe ranljivih in stroke« (T3), se pri tem znala soočiti s »konservativnim odnosom do zdravja in revščine« (T2) v takratni družbi in stopiti tudi izven okvira zdravstva in sociale (K11) ter najti druge vire za reševanje težav ranljivih. V začetnem obdobju je kot strokovnjakinja imela veliko moč delovanja na osebni ravni, prebivalstvo ji je začelo zaupati kot skrbstveni sestri (P48), zaupali so ji tudi strokovnjaki (P46) in financerji (P47). Hitro je napredovala in iz Jesenic bila povabljen k novim razvojnim izzivom, ko opravi pomemben strokovni in razvojni prispevek pri vzpostavitvi »Zavoda za socialno in higiensko zaščito dece v Sloveniji« (T5) in »prve šole za zaščitne sestre v državi« (T6). Dosegla je profesionalno prepoznavnost, priznavanje pomena njenega dela in dela poklicnih kolegic, avtonomijo dela in ugled, kar je bila dobra popotnica za nadaljnji razvoj poklica in stroke.

Z njenim prispevkom pri ustanovitvi in razvoju »prve šole za zaščitne sestre« (T6) je postavila naslednji ključni mejnik profesionalizacije stroke zdravstvene nege na področju izobraževanja v Sloveniji, saj se je število usposobljenih zaščitnih sester postopno povečalo, s čimer se je oblikovala kritična masa za

razvoj poklica in stroke. Poklicu je torej dala vsebino dela z metodološkim pristopom in prispevala k verificiranemu izobraževanju za poklic. Smith (2009) izobraževanje na visokošolski ravni opredeli kot eno izmed ključnih strategij na poti profesionalizacije zdravstvene nege. Angela Boškin je kot prva šolana skrbstvena sestra postavila standard, da je za izvajanje opisa del in nalog, zapisanega v pogodbi o zaposlitvi, treba imeti izobrazbo in z njo povezano znanje. Slednje je utemeljila z novo metodo dela posvetovalnice, s strokovnim delom pri vzpostavljanju higienskega zavoda in naporu, da je šola za zaščitne sestre leta 1924 začela delovati v Ljubljani.

Svoj prispevek k profesionalizaciji poklica je zaokrožila na nacionalni ravni, saj je kot »soustanoviteljica in predsednica društva zaščitnih sester«, dolgoletna predsednica društva (1928–1937) in »vizionarka razvoja stroke kot profesije« (T7) v Sloveniji ter prepoznana v skupni državi Jugoslaviji bistveno pripomogla k oblikovanju in krepitvi profesionalne organizacije. Pri tem je bila kritična do pasivnih sester (K23), ki niso prispevale k razvoju društva in krepitvi moči poklica. Stahlke (2018) opiše nezainteresiranost medicinskih sester kot enega izmed pomembnih dejavnikov razvoja zdravstvene nege kot poklica, medtem ko Gunn in sodelavci (2019) zunanji dejavnik nasprotovanja razvoju vidijo v zdravnikih. S slednjim se je srečevala tudi Angela Boškin med svojim službovanjem v Trbovljah (P76) – podobno kot Florence Nightingale (MacMillan, 2012).

Gunn in sodelavci (2019) povzamejo še druge strategije, ki prispevajo k prepoznavnosti poklica, kot so oblikovanje profesionalnih standardov dela, specializirano znanje, profesionalna etika in avtonomija, odločanje o zdravstveni obravnavi in utrjevanje profesionalne organizacije. Tudi na teh področjih je prispevek Boškinove prepoznaven, saj je društvo postavila na »mednarodno primerljivo raven s strokovnimi odbori in članstvom v mednarodni zvezi sester« (K21). Društvo je ustanovilo različne delovne odbore, ki so delovali na specializiranih področjih, kot so odbor za mentalno higieno, odbor za metode socialno-medicinskega dela, odbor za razvoj strokovnosti dela nege bolnika v sestrski službi, odbor organizacije sestrške službe ter novih metod in tehnik dela v bolnišnicah, odbor za proučevanje potreb po sestrah v državi, raven njihovega šolanja in nadaljnega strokovnega izpopolnjevanja (P82). Profesionalno organizacijo je utrjevala v povezavah z Žensko zvezo in Ženskim društvom (K22), s postavljanjem zahtev in pričakovani aktivnega dela v društvu (K23), predstavitvijo poklicnih potreb po znanju, izpopolnjevanju in pogojih za šolanje (K24) ter zahtevo, da politiko zaposlovanja in šolanja sester vodi sestra na pristojnem ministrstvu (P102). Zadnja zahteva še danes ni uresničena.

Prispevek Boškinove je velik, saj je kot predsednica strokovnega društva »vidno prispevala[la] k pogojem za

oblikovanje in priznavanje profesije« (T9). Zavzemala se je za reševanje poklicnega statusa in potreb poklica v Jugoslaviji: zakon, šolanje, zaposlovanje v bolnišnicah, poenotenje naziva, učnih programov, delovne uniforme, ureditev poklicnega statusa (K25). Prav tako ni bila enostavna pot do uveljavitve poklica zaščitne sestre na primarni ravni v pravnih predpisih za področje preventive leta 1937 (K27). Angela Boškin je bila tudi »borka za pravice žensk, pravice in status lastne poklicne skupine in pravice ranljivih v družbi« (T8), s čimer je izrazila celostni pogled na človeka, posebej na žensko kot predstavnico zapostavljene skupine v družbi. Hkrati je poudarila pomen povezovanja izven poklicne skupine za doseganje ciljev v korist poklica, kar je ocenila kot pomembno za kakovostno strokovno delo. Odnos do novega poklica, ki se je uveljavljal, ni bil vedno pozitiven, saj je bila skrb za bolne v rokah redovnic, družba je bila konservativna (K7), družbena klima ni bila naklonjena skrbi za zdravje in ranjive (K9). Članice društva so leta 1928 razpravljale, kako preprečiti vstop moških v ta poklic, ker bi bila z moško konkurenco ogrožena eksistenca sestrskega poklica. O tem so obvestile tudi feministično organizacijo Ženski pokret (Keršič & Klemenc, 2017). Veliko o borbi za status poklica pove tudi dejstvo, da je bilo leta 1937 načrtovano, da se uvede celibat za sestre, čemur je močno nasprotovalo Društvo zaščitnih sester (P26).

Če ocenimo prispevek Angele Boškin z vidika spoznanj lastnega raziskovanja profesionalizacije (Skela-Savič, 2009, 2014, 2017a, 2017b, 2017c, 2018; Skela-Savič, et al., 2011, 2016, 2017a, 2017b), ki so nam služila kot tematski okvir zbiranja, obdelave in interpretacije ugotovitev, lahko podamo zaključne ugotovitve, da je Angela Boškin:

- bila kot prva skrbstvena sestra v Sloveniji močna osebnost, ki je s svojim osebnim zgledom, poklicnim in društvenim delovanjem vzpostavila začetek stroke zdravstvene nege v Sloveniji, predvsem njene avtonomije, profesionalne prepoznavnosti in ugleda;
- pomembno prispevala k oblikovanju temeljnega znanja na ravni diplome za vstop v poklic in klinično delo;
- prispevala k razvoju formalnega izobraževanja v zdravstveni negi in oblikovanju zahtev, da so morale osebe ob vstopu v šolanje že končati predhodno izobrazbo in biti stare najmanj osemnajst let;
- pri razvoju storitev zdravstvene nege in oskrbe izhajala iz potreb ljudi in pomoči potrebnim, katerim so bile storitve namenjene. Pri zasledovanju cilja koristiti posamezniku in skupnosti je delovala medpoklicno in medsektorsko;
- s svojim strokovni delom, vzpostavitev šolanja in izkazanimi razvojnimi pristopi zagotovila avtonomijo dela na področju preventive mater in otrok (pozneje tudi drugih skupin) na terenu, kar je osnovalo zakonsko podlago za delovanje zaščitne sestre na področju preventive (1937) in poznejše oblikovanje patronažne dejavnosti;

- vzpostavila profesionalno združenje in po njem začrtala smer razvoja zdravstvene nege, razvoj šolanja in status poklica ter slovensko zdravstveno nego umestila v jugoslovanski in mednarodni kontekst;
- v svojem delovanju zavzemala za pravice žensk in ranljivih ter takratne zaščitne sestre pozivala k aktivnemu delovanju za izboljšanje statusa poklica in stroke.

Preslikave prispevka Angele Boškin na današnji čas

Danes se raziskave o profesionalizaciji zdravstvene nege usmerjajo v izobraževanje, ustrezno zaposlovanje, delovne pogoje, odločanje in ustreznost kadrov ter povezanost navedenih spremenljivk z izidi zdravstvene obravnave (Aiken, et al. 2014, 2016; Ball, et al., 2014; Griffiths, et al., 2016; Silber, et al., 2016). Naša raziskava pokaže, da se je s temi izzivi ukvarjala že Boškinova. Čeprav jih ni obravnavala na raziskovalni ravni, je te elemente že znala opredeliti kot pomembne za zdravstveno nego. V ospredje je namreč postavila potrebe po znanju, izpopolnjevanju in pogojih za šolanje (K24), strokovnem izpopolnjevanju (hospitacije, zamenjava delovnih mest, tečaji) (P94), vstopne pogoje za šolanje (95), politiko zaposlovanja in šolanja sester na ministrstvu za zdravstvo, ki naj jo vodi sestra (P102). Podan je bil tudi predlog o izenačenju učnih programov in statusa vseh sestrskih šol v Jugoslaviji in enoten naziv po končanem šolanju (P107).

Watkins (2011) razvoj poklica razdeli v tri faze. Izjemen prispevek Angele Boškin prepoznavamo predvsem v dveh fazah razvoja poklica (po Watkinsu, 2011): 1) oblikovanje poklica (poklicna skupina, definirana znanja na področju delovanja, vzpostavljena samoregulacija, kontinuiran razvoj profesionalnega znanja in veščin za nenehno izboljševanje kakovosti dela) in 2) priznavanje poklica (znanje, avtonomija, odgovornost za profesionalno presojo in učinek na učinkovitost kliničnega dela). Zadnja faza po Watkinsu je uspešnost poklica, ki temelji na znanju, doseženem s sistematičnim raziskovanjem, in vključuje strokovno presojo skozi razvoj kritičnega razmišljanja in odločanje na osnovi dokazov. Glede te faze, ki še danes predstavlja velik izziv za zdravstveno nego v Sloveniji, nimamo pisnih dokazov o prispevku Angele Boškin.

Pa vendar raziskava raziskovalki odpre tudi nekatera nova vprašanja, ki predstavljajo zadnjo razvito temo raziskave, »Angela Boškin je menjala pet delovišč. Kako je bil potencial skrbstvene / zaščitne sestre Angele Boškin vključen v razvoj takratnega javnega zdravstva?« (T10). Odgovora v izvedeni raziskavi ne moremo najti, pojavijo pa se vprašanja o odnosih v takratnem zdravstvenem timu, odnosu zdravnikov do hitro razvijajoče se stroke zdravstvene nege in odnosih znotraj aktivnih zaščitnih sester. Zakaj bi osebo, ki

je hitro napredovala, bila gonilna sila na delovnem mestu v Ljubljani, premestili v Trbovlje, kjer sta šola in higienski zavod komaj začela dobro delovati in se razvijati? Ali je bila to njena poklicna želja ali kaj drugega? Od premestitve v Trbovlje Angela Boškin kot prepoznana strokovnjakinja ni zasedala vidnih vodilnih delovnih mest v javnem zdravstvu ali bila vključena v vidne nacionalne projekte, bila pa je zelo uspešna in vplivna predsednica društva. Skupaj z aktivnimi članicami je pomembno prispevala k profesionalizaciji zdravstvene nege v Sloveniji. Odgovore na postavljena vprašanja lahko najdemo z metodo ustne zgodovine tistih, ki so še v vsebinskem kontaktu s tem obdobjem, kar predstavlja priložnost za nadaljnje raziskave.

Ob tem velja omeniti tudi terminologijo poimenovanja poklica v obdobju profesionalnih začetkov Angele Boškin. Iz zapisov smo ugotovili, da je bilo za naš prostor značilno poimenovanje »zaščitna, skrbstvena, oskrbna sestra«. Iz zapisnika društva iz leta 1928 je razvidno zavzemanje članic, da se poimenovanje »sestra« uveljavi zgolj za diplomirane sestre (Keršič & Klemenc, 2017). Uporabljale so se besedne zveze »diplomirana zaščitna sestra«, »diplomirana sestra« ali samo »zaščitna sestra«, čeprav v zapisih o Angeli Boškin v *Zdravstvenem obzorniku* zasledimo preimenovanje v »medicinska sestra« (Bole, 1969; Hočevvar-Kuharič, 1969; Rehar Sancin, 2012), kar Angela Boškin nikoli ni bila. To poimenovanje se je uveljavilo šele po drugi svetovni vojni. V zapisih zbornika ob 90-letnici društva vidimo, da se izraz uporabi najprej leta 1952 z društvom diplomiranih medicinskih sester; leta 1958 pa se z društvom medicinskih sester beseda »diplomiranih« izgubi (Keršič & Klemenc, 2017). Poimenovanje »medicinska sestra« torej ni prisotno od začetka delovanja poklica, temveč se pojavi šele 33 let pozneje, kar lahko nepozoren bralec spregleda. Strokovni naziv prve generacije diplomantov Šole za sestre in s tem tudi izvorno ime poklica je »otročka zaščitna sestra«. Na navedenem programu je svoje spričevalo (diplomo) nostrificirala tudi Angela Boškin. Od leta 1924 je tako uradno delovala kot otroška zaščitna sestra v Sloveniji, čeprav jo je diploma z Dunaja usposobila za poklicno opravljanje socialne skrbstvene dejavnosti na vseh področjih javne zdravstvene nege in je s tem pridobila širše kompetence (P14). Poimenovanje »zaščitna sestra« je ostalo kot strokovni naslov do konca druge svetovne vojne in vsebinsko opiše poklicno delo kot zaščito, oskrbo, preventivo in nego, kar se s poimenovanjem »medicinska sestra« izgubi oziroma poklic poveže z drugo stroko – medicino. Strokovni naslov tako ne vsebuje več bistvene značilnosti poklica. To se jasno vidi v zapisu Gradiška (1974), ki opisuje področje delovanja zaščitnih sester v *Službenem listu Kraljevine Jugoslavije* leta 1937: »Zaščita dojenčev in malih otrok, zaščita mladine, posvetovanje z materami in poklicno varuštvo v jaslih, dnevnih zavetiščih,

vrta, domovih za varstvo mladine, domovih za ogrožene, zapuščene in zanemarjene, dalje zaščita bolnih ljudi, sirot, revnih in jetičnih. Zaščitna sestra deluje v mladinskih uradih in organizacijah za zaščito mladine, na deželi, pri okrajih, kontrolira socialno in zdravstveno stanje vseh članov družine, sodeluje z vsemi organi socialno-higienske zaščite otrok.« Zato sodobna več kot desetletna prizadevanja in poskusi, da bi strokovni naslov diplomirana medicinska sestra približali vsebini dela poklica (Skela-Savič, 2007), niso zgrešeni, temveč je ločitev od strokovnega naslova diplomirana medicinska sestra napreden in neizbežen predlog na poti profesionalizacije slovenske zdravstvene nege. Jasno je, da se zdravstvena nega kot stroka in znanost težko povezuje s strokovnim naslovom diplomirana medicinska sestra, medtem ko se študijski program imenuje zdravstvena nega. Stroka bo morala iz že predlaganih strokovnih naslovov na najvišji strokovni ravni razširjenega strokovnega kolegija končno udejanjiti enega od že razvitih predlogov poimenovanja nosilcev poklica ali razviti novega. Zadržanost glede spremembe strokovnega naslova kaže, da odločevalci slabo poznajo zgodovino razvoja poklica in stroke tako v Sloveniji kot izven nje, čeprav bistveno vpliva na sprejemanje odločitev (Madsen, 2008; Holme, 2015). O'Sullivan (2016) pojasnjuje zgodovino strokovnih naslovov v Veliki Britaniji: v angleško govorečem prostoru naziv »nurse« pomeni kvalificirano osebo za delo v zdravstveni negi, ki neguje ter je zaključila teoretično in praktično izobraževanje; poimenovanje »sister« pa nižje kvalificirano ali nekvalificirano pomoč kvalificiranim osebam, ki negujejo.

Pogoj za sprejem na šolanje v proučevanem obdobju je bila starost osemnajst let, za kar se je zavzemala tudi Angela Boškin (K18, 25). To se je spremenilo po drugi svetovni vojni, ko so bile ustanovljene prve srednje medicinske šole (Gradišek, 1974). Razlog zanje je bilo na eni strani veliko pomankanje diplomiranih zaščitnih sester, izobraženih pred vojno, na drugi strani pa dekret takratne države, da se morajo redovnice, ki so takrat večinoma izvajale nego v bolnišnicah, z delovišč umakniti oziroma sprejeti enako delovno obleko kot ostali zdravstveni delavci.

Raziskava pokaže pogosto rabo besedne zveze »zdravstveno-socialna delavka« (Bole, 1969), kar sporoča, da sta bili področji dela povezani. Pozneje sta se stroki samostojno razvijali, vendar današnji čas dolgo živeče družbe ponovno kliče po njuni integraciji v okviru dolgotrajne oskrbe (Skela-Savič, 2018b).

Raziskava ima omejitve. Posegli smo samo po virih, ki so dostopni v sistemu Cobiss in prosto dostopni bazi člankov revije *Obzornik zdravstvene nege*. Baza ima arhiv člankov od leta 1954 naprej. Dokumentarnega gradiva v arhivskih virih nismo raziskovali, ker bi bil obseg raziskave preobsežen. Zanimali so nas prosto dostopni zapisi. Omejitvev je tudi v tem, da je Angela Boškin poklicno prenehala delovati leta 1944, prvi

zapisi o njenem delu in obdobju njenega delovanja pa se pojavijo šele v letu izhajanja revije *Zdravstveni obzornik*. Poleg tega ni preverljivo, ali je bila avtentičnost zapisov v *Zdravstvenem obzorniku* preverjena z njene strani. Te omejitve smo se zavedali in jo dobro obvladovali, saj smo vire navzkrižno primerjali in prišli do zasičenja uporabljenih podatkov. Sledili smo metodološkim korakom zgodovinske raziskave različnih avtorjev (Fitzpatrick, 2001; Lewenson, 2011). Seveda ima vsaka zgodovinska raziskava in interpretacija spoznanj svoje omejitve. Avtorica ni zgodovinarica, temveč raziskovalka profesionalizacije zdravstvene nege. Tudi to predstavlja omejitve, čeprav je zgodovinsko obdobje preučila v širšem kontekstu zdravstva in družbe.

Zaključek

Angela Boškin je utemeljiteljica poklica, stroke in profesionalizacije zdravstvene nege v Sloveniji. Kot prva skrbstvena sestra (nostrifikacija spričevala v diplomirana zaščitna sestra) je izjemno prispevala k oblikovanju in priznavanju poklica zdravstvene nege kot medpoklicno in medsektorsko prepoznane stroke. Njen razvojni prispevek k poklicnemu, strokovnemu in družbenemu uveljavljanju poklica zaščitne sestre je velik, saj se je iz teh temeljev po drugi svetovni vojni razvila patronažna dejavnost. To je tudi edina dejavnost, ki je imela in ima še danes večinoma zaposlene diplomirane zaščitne sestre (1924–1945) oziroma današnje višje in diplomirane medicinske sestre v patronažni dejavnosti. Na vseh ostalih področjih, predvsem v bolnišnicah, se je uveljavil standard, da so medicinske sestre večinoma srednješolsko izobražene, kar velja še danes kljub spoznanjem o povezanosti stopnje izobrazbe in izidi zdravstvene obravnave pri pacientih.

Spoznanja izvedene raziskave nas usmerjajo k premislekom, kako v slovenski zdravstveni negi danes vodimo razpravo o izobraževanju za poklic, poklicnih kompetencah, naprednih oblikah dela, potrebah današnjega človeka po zdravstveni negi, razvoju zdravstvene nege kot znanosti, vlogi zdravstvene nege pri upravljanju in izboljševanju zdravstvenega sistema in primernosti strokovnega naslova diplomirana medicinska sestra. Kljub pomembnemu razvoju zdravstvene nege se pojavi vprašanje, v kolikšni meri se zavedamo, da so nekateri profesionalni izzivi, o katerih je pisala, govorila in po njih delovala že Angela Boškin, še vedno na seznamu nedokončanih opravil politikov, profesionalnega združenja ter tudi diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov.

Zahvale / Acknowledgments

Avtorica se zahvaljuje dr. Emi Dornik, dolgoletni urednici *Obzornika zdravstvene nege*, ki je prispevala k temu, da je arhiv strokovnih revij v zdravstveni negi urejen od leta 1954 naprej in dostopen strokovni

javnosti ter raziskovalcem in raziskovalkam. Brez omenjenega arhiva ta raziskava ne bi bila mogoča. Avtorica se zahvaljuje Ireni Keršič in Darinki Klemenc za zunanjo kritiko in oceno vključenih virov v analizo glede na avtentičnost in izvor virov v primerjavi z izbranim fokusom raziskave. Avtorica se zahvaljuje bibliotekarkama Nini Rustja in Maji Femc, zaposlenima na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, ki sta ji pomagali pri pridobivanju nekaterih virov iz knjižnic izven fakultete. / The author would like to thank Dr. Ema Dornik, the editor of Slovenian Nursing Review of many years, who contributed to the keeping of archives of health care journals, which owing to her, have been organized since 1954 and available to the professional public and researchers. Without these archives the current research could not have been conducted. The author would also like to thank Irena Keršič and Darinka Klemenc for the external information evaluation and evaluation of the resources included in the study by analyzing their authenticity and origin in relation to the research focus. Furthermore, the author would like to thank the librarians Nina Rustja and Maja Femc who are employed at the Angela Boškin Faculty of Health Care, and who provided great help in obtaining some of the resources from other libraries.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Ni nasprotja interesov. / No conflicts of interest exist.

Financiranje / Funding

Raziskava ni imela posebnega financiranja, raziskovalka jo je opravila v okviru rednega raziskovalnega dela na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. / The research received no extra funding. The researcher conducted it as part of her regular research work at the Angela Boškin Faculty of Health Care.

Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskovalka je pri izvedbi raziskave sledila usmeritvam etike na področju zgodovinskih raziskav. Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2016) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). / The researcher observed the ethical standards in historical research. The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2016) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

Prispevek avtorjev / Author contributions

Avtorica je raziskavo izvedla sama. / The author conducted the research independently.

Literatura

Aiken, L., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), pp. 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Anon., 1970. Gradivo II. skupščine Zveze DMS Slovenije dne 5. in 6. XII. 1969. *Zdravstveni obzornik*, 4(1), pp. 1–7. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1970.04.1.1> [10. 8. 2018].

Alpers, R., Jarrell, K. & Wotring, R., 2011. The importance of nursing history: a method of inclusion. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(4), pp. 190–191. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2011.08.001>

Ball, J.E., Murrells, T., Rafferty, A.M., Morrow, E. & Griffiths, P., 2014. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), pp. 116–125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767> PMID:23898215; PMCID:PMC3913111

Bixler, G. & Bixler, R., 1959. The professional status of nursing. *American Journal of Nursing*, 59(8), pp. 1142–1147. <https://doi.org/10.2307/3417887> PMID:13670189

Bole, C., 1969. Naša prva medicinska sestra Angela Boškinova. *Zdravstveni obzornik*, 3(3), pp. 123–130. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1969.03.3.123> [10. 8. 2018].

Gradišek, A., 1970. Petdeset let dela in oblikovanja medicinske sestre na slovenskem: govor na jubilejni skupščini ZDMSS v Ljubljani dne 5. decembra 1969. *Zdravstveni obzornik*, 4(1), pp. 8–31. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1970.04.1.8> [10. 8. 2018].

Gradišek, A., 1974. Jubilejna skupščina Zveze društev medicinskih sester Slovenije: 50 let zdravstvenega strokovnega šolstva na Slovenskem. *Zdravstveni obzornik*, 8(3), pp. 145–158. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1974.08.3.145> [10. 8. 2018].

Griffiths, P., Ball, J., Murrells, T., Jones, S. & Rafferty, A.M., 2016. Registered nurse, health care support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 6, art. ID e008751. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008751> PMID:26861934; PMCID:PMC4762154

Gunn, V., Muntaner, C., Villeneuve, M., Chung, H. & Gea-Sanchez, M., 2019. Nursing professionalization and welfare state policies: a critical review of structural factors influencing the development of nursing and the nursing workforce. *Nursing Inquiry*, 26(1), art. ID e12263. <https://doi.org/10.1111/nin.12263> PMID:30175496

- Fitzpatrick, M.L., 2001. Historical research: the method. In: P.L. Munhall, ed. *Nursing research: a qualitative perspective*. 3th ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers, pp. 403–416.
- Hočevnar-Kuharič, M., 1969. Dispanzerji in posvetovalnice za otroke v SR Sloveniji. *Zdravstveni obzornik*, 3(3), pp. 144–140. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1969.03.3.144> [10. 8. 2018].
- Holme, A., 2015. Why history matters to nursing. *Nurse Education Today*, 35(5), pp. 635–637. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.007> PMID:25729009
- Ivančič Lebar, I., 2008. Zgodovina zasavskega zdravstva. *Kronika*, 57(3), pp. 569–570.
- Kelly, J. & Watson, R., 2015. An integrative review of the literature on the teaching of the *history* of nursing in pre-registration adult nursing education in the UK. *Nurse Education Today*, 35(5), pp. 360–365. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.015> PMID:25466795
- Keršič, I. & Klemenc, 2017. Ustanovitev, organizacijske sheme in žigi. In: D. Andoljšek, I. Keršič, D. Klemenc, M. Berkopec, A. Mihelič Zajec, et al., eds. *Negovanje dediščine skozi devet desetletij – organizirano delovanje medicinskih sester na Slovenskem*. Ljubljana, Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 25– 47.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Korenčan, A., 2009. *Življenje in delo Angele Boškin, prve šolane medicinske sestre na Slovenskem*. Strokovna monografija. Gorica: Goriška Mohorjeva družba, pp. 17–61.
- Lačen-Benedičič, I., 2015. Zgodovina zdravstva na Jesenicah. *Naše novice*, 6(2), p. 10.
- Lewenson, S.B., 2011. Historical research method. In: H.J. Streubert & D. Rinaldi Carpenter, eds. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, pp. 225–248.
- Lewenson, S.B. & McAllister, A., 2015. Learning the historical method: step by step. In: M. de Chesnay, ed. *Nursing research using historical methods: qualitative designs and methods in nursing*. New York: Springer, pp. 1–22. <https://doi.org/10.1891/9780826126184.0001>
- Lindberg, B., Hunter, M. & Kruszewski, K., 1998. *Introduction to nursing*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Jakšič, M. & Hauc, P., 2008. *Angela Boškin: poti k ljudem*. Video DVD Ljubljana: TV Slovenija.
- Jarnovič, N., Kotnik, A., Seivwright, M.J. & M.Š.M., 1969. Iz društvenega življenja. *Zdravstveni obzornik*, 3(4), pp. 231–243. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1969.03.4.231> [10. 8. 2018].
- MacMillan, K.M., 2012. The challenge of achieving interprofessional collaboration: should we blame Nightingale? *Journal of Interprofessional Care*, 26, pp. 410–415. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.699480> PMID:22734936
- Madsen, W., 2008. Teaching history to nurses: will this make me a better nurse? *Nurse Education Today*, 28(5), pp. 524–529. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.09.008> PMID:17935834
- Merljak, N., 1974. Jubilejna skupščina Zveze društev medicinskih sester Slovenije: 50. obletnica ustanovitve šole za medicinske sestre na Slovenskem. *Zdravstveni obzornik*, 8(3), pp. 158–161. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1974.08.3.145> [10. 8. 2018].
- Miller, B.K., Adams, D. & Beck, L., 1993. A behavioral inventory for professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 9(5), pp. 290–295. [https://doi.org/10.1016/8755-7223\(93\)90055-H](https://doi.org/10.1016/8755-7223(93)90055-H)
- Miloradović, M., 1978. Petdesetletnica strokovnega društva medicinskih sester na Slovenskem. *Zdravstveni obzornik*, 12(1/2), pp. 3–22. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1978.12.1.3> [10. 8. 2018].
- Muller, L., 2018. Legal and ethical issues. In: D.L., Huber, ed. *Leadership and nursing care management*. 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders, pp. 85–101.
- Mugerli, M., 2015. *Zgodovina zdravstva na Jesenicah*. Jesenice: Gornjesavski muzej Jesenice, pp. 7–16, 25–26.
- Nightingale, F., 1859. *Notes on nursing: what it is and what it is not*. London, United Kingdom: Harrison & Sons, pp. 12–136.
- Quinn, C., & Smith, M., 1987. *The professional commitment: Issues and ethics in nursing*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Palese, A., Zabalegui, A., Sigurdardottir, A.K., Bergin, M., Dobrowolska, B., Gasser, C., et al., 2014. Bologna process, more or less: nursing education in the European economic area: a discussion paper. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 11(1), pp. 63–73. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2013-0022> PMID:24695045
- Rehar Sancin, L., 2012. Angela Boškin prva medicinska sestra v Sloveniji (1885–1977). In: *Nojevo pero. Del 1: rojstvo 20. stoletja v znamenju primorskih žena rojenih do leta 1900*. 2. dopolnjena izd. Trst : ZTT, pp. 185–191.

- Rožman, I., 2007. Angela Boškin (1885–1977): prva medicinska sestra in socialna delavka v Sloveniji in Jugoslaviji. In: A. Šelih, ed. *Pozabljena polovica: portreti žensk 19. in 20. stoletja na Slovenskem*. Ljubljana: Tuma; SAZU, pp. 202–206.
- Schein, E., & Kommers, D., 1972. *Professional education*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Silber, J.H., Rosenbaum, P.R., McHugh, M.D., Ludwig, J.M., Smith, H.S., Niknam, B.A., et al., 2016. Comparing the value of better nursing work environments across different levels of patient risk. *JAMA Surgery*, 151(6), pp. 527–536. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.4908> PMID:26791112; PMCID:PMC4957817
- Skela-Savič, B., 2018a. *Basics of EBN, models and process - based on SCES content*. Lecture at: "Efficiency and quality by evidence based nursing, master class in the framework of ProInCa - Promoting the innovation capacity of higher education in nursing during health services' transition, a project co-founded by the Erasmus+ capacity building in the field of higher education programme", Ljubljana, November 12th.
- Skela-Savič, B., 2018b. *Zdravje in potrebe neformalnih oskrbovalcev v družini: izzivi dolgotrajne oskrbe v Sloveniji*. Available at: <https://www.fzab.si/blog/2018/04/17/zdravje-in-potrebe-neformalnih-oskrbovalcev-v-druzini-izzivi-dolgotrajne-oskrbe-v-sloveniji/> [15. 7. 2018].
- Skela-Savič, B., 2017a. Development of nursing professionalization elements in Slovenia : the group interview technique. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 274–297. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.199>
- Skela-Savič, B., 2017b. Professionalization of nursing in Slovenia: challenges and responsibilities for nurses with a higher education degree. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 264–273. <https://doi.org/10.14528/snr.2017.51.4.202>
- Skela-Savič, B., 2017c. Slovenska zdravstvena nega in profesionalizacija, izzivi za prihodnost. In: D. Andoljšek, I. Keršič, D. Klemenc, M. Berkopec, A. Mihelič Zajec, et al., eds. *Negovanje dediščine skozi devet desetletij – organizirano delovanje medicinskih sester na Slovenskem*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih setser, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 111–121.
- Skela-Savič, B., Babnik, K., Trunk Širca, N., Pajnkihar, M., Klemenčič, E., Gabrovec, B., et al., 2017a. *Zaključno poročilo ciljno raziskovalni projekt: »Zdravstvena nega kot znanstvena disciplina v Sloveniji: mednarodno primerljiv sistem sekundarnega in terciarnega izobraževanja v zdravstveni negi kot temelj raziskav in prispevka znanosti k trajnostnemu družbenemu razvoju«*. Jesenice, etc.: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, etc., pp. 1–226.
- Skela-Savič, B., 2016a. Professionalism in nursing: what is its current level in Slovenia. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 4–9. <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.1.94>
- Skela-Savič, B., Hvalič Touzery, S. & Pesjak, K., 2017b. Professional values and competencies as explanatory factors for the use of evidence-based practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 73(1), pp. 1910–1923. <https://doi.org/10.1111/jan.13280> PMID:28205259
- Skela-Savič, B., Pesjak, K. & Lobe, B., 2016. Evidence-based practice among nurses in Slovenian hospitals: a national survey. *International Nursing Review*, 63(1), pp. 122–131. <https://doi.org/10.1111/inr.12233> PMID:26748610
- Skela-Savič, B., 2016. *Zakaj Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin?* Available at: <https://www.fzab.si/blog/2016/12/19/zakaj-fakulteta-za-zdravstvo-angele-boskin/> [1. 6. 2018].
- Skela-Savič, B., 2014. Are we aware of our responsibilities for developing nursing care? *Obzornik zdravstvene nege*, 48(1), pp. 5–11. <https://doi.org/10.14528/snr.2014.48.1.12>
- Skela-Savič, B. & Kydd, A., 2011. Nursing knowledge as a response to societal needs : a framework for promoting nursing as a profession. *Zdravstveno varstvo*, 50(4), pp. 286–296. <https://doi.org/10.2478/v10152-011-0007-3>
- Skela-Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 209–222. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2726> [1. 5. 2018].
- Skela-Savič, B., 2007. Zakaj so potrebni novi strokovni nazivi v zdravstveni negi. *Utrip : informativni bilten Zbornice zdravstvene nege Slovenije*, 15(5), pp. 11–13.
- Skela-Savič, B., 2007. Angela Boškin in razvoj profesije. *Utrip*, 15(4), p. 8.
- Smith, T., 2009. A policy perspective on the entry into practice issue. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 15, art 1. Available at: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/> [13. 7. 2017].
- Stahlke, W.S., 2018. The impact of regulatory perspectives and practices on professional innovation in nursing. *Nursing Inquiry*, 25(1), art. ID e122112. <https://doi.org/10.1111/nin.12212> PMID:28677848
- Steele, N.M., 2017. A time to celebrate: Florence Nightingale. *Urologic Nursing*, 37(2), pp. 57–59. <https://doi.org/10.7257/1053-816X.2017.37.2.57>

- O'Sullivan, B., 2016. The forgotten 'sisters' of WW1. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 21(11), pp. 34–35.
- Štepec, M., Ličina, M., Oražem, V., Klavora, M., Širok, K., Hribar, A, et al., 2014. *Take vojne si nismo predstavljali: 1914–1918*. Ljubljana: Muzej novejšje zgodovine Slovenije, pp. 91–93.
- Terseglav Tomazin, H.T. & Mihelič Zajec, A., 2010. Delovanje medicinskih sester na Jesenicah od začetka 20. stoletja do druge svetovne vojne. In: A. Bobnar & B. Vettorazzi, eds. *Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju : zbornik predavanj z recenzijo: 2. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 233–241.
- Toman, C. & Thifault, M.C., 2012. Historical thinking and the shaping of nursing identity. *Nursing History Review*, 20, pp. 184–204. <https://doi.org/10.1891/1062-8061.20.184> PMID:22360003
- Uredništvo, 1970. Osebne vesti. *Zdravstveni obzornik*, 4(2), pp. 109–111. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/1970.04.2.109> [5. 6. 2017].
- Watkins, D., 2011. The influence of master's education on the professional lives of British and German nurses and the further professionalization of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), pp. 2605–2614. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05698.x> PMID:21615461
- While, A., 2014. World War I remembered with reference to district nurses. *British Journal of Community Nursing*, 9(5), pp. 244–247. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.5.244> PMID:24784560
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. Available at: <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].
- Zaletel, M. & Šušteršič, O., 2005. Ob 50-letnici izobraževanja iz zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 39(1), pp. 5–20. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2528> [10. 8. 2018].
- Zupanič Slavec, Z., 2017. *Zgodovina zdravstva in medicine na Slovenskem: medicina skozi čas, javno zdravstvo, farmacija*. Ljubljana : Slovenska matica : Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije, pp. 147–169.
- Zupanič Slavec, Z., 2005. *Razvoj javnega zdravstva na Slovenskem med prvo in drugo svetovno vojno: Dr. Ivo Pirc (1891–1967): utemeljitelj javnega zdravstva na Slovenskem*. Ljubljana : Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 47–166.

Citirajte kot / Cite as:

Skela-Savič, B., 2019. Vloga prve skrbstvene sestre Angele Boškin pri profesionalizaciji slovenske zdravstvene nege: zgodovinska raziskava življenjepisa (1912–1944). *Obzornik zdravstvene nege*, 53(1), 137–156. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.2.2967>

Pregledni znanstveni članek / Review article

Etične dileme pri izvajanju zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: pregled literature

Ethical dilemmas in the implementation of nursing care in intensive care unit: literature review

Sedina Kalender Smajlović

Ključne besede: kritično bolni pacienti; medicinske sestre; intenzivna terapija

Key words: critically ill patients; nurses; intensive therapy

viš. pred. Sedina Kalender Smajlović, dipl. m. s., mag. zdr. neg.; Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

Kontakti e-naslov / Correspondence e-mail:
skalendersmajlovic@fzab.si

IZVLEČEK

Uvod: Medicinske sestre v enotah intenzivnih terapij se soočajo z zahtevnostjo zdravstvene oskrbe kritično bolnih pacientov. Namen raziskave je bil ugotoviti etične dileme, ki se pojavljajo pri izvajanju zdravstvene nege v enotah intenzivne terapije.

Metode: Uporabljen je bil sistematični pregled znanstvene literature. Vključena je bila literatura iz obdobja od 2007 do 2017. Pregled zajema naslednje baze: COBIB.SI, CINAHL in PubMed. Iskanje je potekalo z uporabo ključnih besed: »etične dileme«, »medicinske sestre«, »etična načela«, »kritično bolni pacienti«, »zdravstvena nega v intenzivni terapiji« v slovenskem in angleškem jeziku. Iz iskalnega nabora 78 zadetkov je bilo v končno analizo vključenih 14 člankov. Izvedena je bila vsebinska analiza spoznanj raziskav.

Rezultati: Medicinske sestre med najbolj pogostimi etičnimi dilemami navajajo dileme v povezavi z zdravljenjem in aktivnostmi zdravstvene nege, organizacijo zdravstvene oskrbe in paliativno oskrbo. Med najbolj pogostimi etičnimi načeli navajajo neškodljivost, dobronamernost in avtonomijo kritično bolnih pacientov.

Diskusija in zaključek: Ugotovitve raziskave prispevajo k prepoznavanju najbolj pogostih etičnih dilem pri izvajanju zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije. Pomembno bi bilo podrobneje raziskati posamezne etične dileme medicinskih sester, ki se pojavijo v času izvajanja zdravstvene nege pri kritično bolnih pacientih.

ABSTRACT

Introduction: Nurses in intensive care units are faced with many challenges in providing health care to critically ill patients. The purpose of the research was to identify the ethical dilemmas that occur in the implementation of nursing care in intensive care units.

Methods: A systematic review of scientific literature was used. Literature from 2007 to 2017 was reviewed. The following databases were included in the review: COBIB.SI, CINAHL and PubMed. Data search was conducted by using the following key words in Slovene and English: "ethical dilemmas", "nurses", "ethical principles", "critically ill patients", "nursing care in intensive care". From the search set of 78 results, 14 articles were included in the final analysis. A content analysis of research findings was carried out.

Results: The most frequent ethical dilemmas that nurses deal with according to them are: dilemmas related to the treatment and activities of nursing care, dilemmas connected to the organization of health care and ethical dilemmas related to palliative care. Among the most common ethical principles are harmlessness, benevolence and autonomy of critically ill patients.

Discussion and conclusion: The findings of the research contribute to the identification of the most frequent ethical dilemmas experienced in nursing care in an intensive care unit. Individual ethical dilemmas of nurses that occur during the implementation of nursing care with critically ill patients should be examined in greater detail.

Uvod

Tschudin (2004) navaja, da se etična dilema nanaša na obravnavo moralnih in etičnih vprašanj. Etična dilema nima potencialne rešitve, obstaja samo izbira med dvema (ali več) enako težkima, slabima ali nemogočima možnostma. Avtorica še navaja, da se etične dileme pojavljajo v mnogih življenjskih situacijah; v zdravstvu v povezavi z začetkom in koncem življenja. Navedeno je še veliko težje, če zadeva življenja ljudi v naši bližini in tiste, za katere smo odgovorni ali smo jim odgovorni. Meyer-Zehnder in sodelavci (2014) navajajo, da izvajanje zdravstvene oskrbe postaja vsak dan bolj kompleksno in zahtevno, s tem pa se povečuje tudi število etičnih dilem. Avtorji izpostavljajo, da celovito upravljanje zdravstvene oskrbe zahteva etično znanje, saj se vprašanja o koristnosti zdravljenja pojavljajo zlasti ob koncu življenja. Mutinda (2015) pravi, da so etične dileme v enoti intenzivne terapije (EIT) pomembna sestavina zdravstvenega varstva pri kritično bolnih pacientih, ki se nahajajo v ranljivi situaciji in so popolnoma odvisni od medicinskih sester. McLeod (2014) navaja, da se etične dileme pojavijo, ko se poruši razmerje med osebnim sklopom moralnih prepričanj, izkušnjami in postopkom odločanja.

EIT je kompleksna bolniška enota in združuje različne skupine zdravstvenih delavcev, ki izvajajo zdravstveno oskrbo pri kritično bolnih pacientih. Izvajanje zdravstvene nege v EIT zahteva vsakodnevno odločanje medicinskih sester, ki temelji na odnosih, vedenju in aktivnostih, povezanih z njihovimi vrednotami (Reader, et al., 2009). Kimberly (2014) navaja, da v EIT beležijo visoko smrtnost, ki se pojavlja v času bivanja kritično bolnih pacientov ali kmalu po sprejemu. Tudi Moon in Kim (2015) ugotavljata, da je EIT najbolj pogost kraj umiranja, kjer se pogosto pojavljajo etične dileme. Glavni vzroki zanje so slaba komunikacija, nerešena vprašanja, povezana z izvajanjem zdravstvene oskrbe ob koncu življenja, vključno s pomanjkanjem spoštovanja avtonomije kritično bolnih pacientov. Vzrok za pojav etičnih dilem je tudi tehnološki napredek v EIT, ki je podaljšal proces umiranja; pogosto kritično bolni pacienti ne morejo sodelovati pri sprejemanju odločitev glede lastnega zdravljenja (McLeod, 2014). Vzdrževanje življenjskih funkcij pri kritično bolnih pacientih v EIT neredko omogoča podaljševanje pacientovega življenja tudi v primerih, ko je po medicinskih merilih tako zdravljenje izgubilo svoj smisel in ni več upanja na ozdravitev (Grošelj, et al., 2013). Slovensko združenje za intenzivno medicino in Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (Grosek, et al., 2015) opozarjata, da je izjemni napredek intenzivne medicine bistveno povečal možnosti zdravljenja in preživetja kritično bolnih pacientov, vendar intenzivno zdravljenje in podaljševanje življenja nista vselej v dobro pacienta.

Pomemben vzrok za nastanek etičnih dilem je izvajanje zdravstvene nege v okviru paliativne (blažilne) oskrbe. Dawson (2008) navaja, da so zdravstveni in negovalni timi v intenzivni terapiji pogosto nezadostno pripravljeni na zagotavljanje paliativne oskrbe pri kritično bolnih pacientih. Pogovori s posamezniki znotraj obeh timov pogosto razkrivajo občutke zaskrbljenosti zaradi intenzivnega zdravljenja kritično bolnih pacientov. Tudi Wiegand in sodelavci (2015) navajajo, da se medicinske sestre v EIT pogosto soočajo z etičnimi dilemami ob paliativni oskrbi in oskrbi ob koncu življenja. Veliko teh dilem je povezanih z odločitvami glede prenehanja postopkov zdravljenja in vzdrževanja življenja, opustitvijo in odtegnitvijo zdravljenja. Izvajalci zdravstvene oskrbe, zlasti medicinske sestre, se pri kritično bolnih pacientih težko soočajo s podaljšanjem življenjske dobe brez kakovosti življenja (Rostami & Jafari, 2016).

Medicinske sestre v EIT se srečujejo z zahtevno zdravstveno oskrbo kritično bolnih pacientov, vključno z obvladovanjem izrednih urgentnih razmer, povečanjem inovativne in visokotehnološke zdravstvene oskrbe, finančnimi in kadrovske omejitvami, čustvenimi in vedenjskimi odzivi kritično bolnih pacientov ter njihovih družin in visoko stresnim delovnim okoljem (Dineen, 2017). Maze (2009) navaja, da morajo imeti medicinske sestre za opravljanje kakovostne in varne zdravstvene nege zadosti znanja, ki ga morajo neprestano dopolnjevati. Le na ta način lahko izvajajo kompetentno zdravstveno nego v skladu z etičnimi načeli. Dineen (2017) navaja, da med temeljna etična načela pri izvajanju zdravstvene nege v EIT sodijo avtonomija, kar zajema spoštovanje inherentnega in brezpogojnega dostojanstva, spoštovanje pravic kritično bolnih pacientov do izbire in odločanja, upoštevanje načel koristi, kamor sodi zagotavljanje kompetentne zdravstvene nege, zagovornišvo, skrb za varnost in upoštevanje interesov kritično bolnih pacientov. Med temeljna etična načela sodita tudi načeli neškodovanja in pravičnosti.

Namen in cilji

Namen je bil raziskati etične dileme pri izvajanju zdravstvene nege kritično bolnih pacientov v EIT. Cilj raziskave je bil ugotoviti najpogostejše etične dileme, s katerimi se srečujejo medicinske sestre v EIT. Raziskovalno vprašanje je bilo:

– Katere so najpogostejše etične dileme medicinskih sester pri izvajanju zdravstvene nege v EIT?

Metode

V raziskavi je bil uporabljen sistematični pregled znanstvene literature s področja etičnih dilem v EIT. Pri pregledu smo si pomagali s pristopom, ki ga opisujejo Cronin in sodelavci (2008) in vključuje oblikovanje raziskovalnega vprašanja, določanje meril

za vključitvene in izključitvene kriterije, izbor primerne literature, oceno kakovosti vključene literature, analizo, sintezo in diseminacijo ključnih ugotovitev.

Metode pregleda

Uporabljena je bila deskriptivna raziskovalna metoda s pregledom domače in tuje znanstvene literature v mednarodnih bazah podatkov. Iskanje literature je potekalo od 1. avgusta 2017 do 1. decembra 2017. Literaturo, objavljeno v slovenskem jeziku, smo iskali s pomočjo vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov slovenskih knjižnic COBIB. SI. Uporabili smo naslednje kombinacije ključnih besed: »etične dileme«, »medicinske sestre«, »etična načela«, »kritično bolni pacienti«, »zdravstvena nega v intenzivni terapiji«. V naslednji fazi smo iskali literaturo, objavljeno v angleškem jeziku, v podatkovnih bazah CINAHL in PubMed. Uporabili smo naslednje ključne besedne zveze, povezane z Boolovim operaterjem AND (IN): »ethical dilemmas«, »critical care nurses«, »ethical principles«, »critically ill patients«, »intensive care nursing«.

Vključitvene in izključitvene kriterije prikazujemo v Tabeli 1. Pri vključitvenih kriterijih smo upoštevali, da so objavljeni članki zajemali populacijo medicinskih sester v EIT, da so bili pisani v slovenskem ali angleškem jeziku, dostopni v celotnem besedilu in tematsko ustrezni, da so bili recenzirani, da so sodili med izvirne, pregledne znanstvene članke v izbranem časovnem obdobju 2007–2017.

Rezultati pregleda

Specifikacija iskalnih besed in različne kombinacije ključnih iskalnih besed in besednih zvez z Boolovim operaterjem »AND« (IN) so podale širši nabor relevantne literature. Začetna merila za vključitev v raziskavo je izpolnjevalo 78 zadetkov. Nadaljnji potek pridobivanja relevantnih člankov glede na tematsko ustreznost je razviden na Sliki 1, kjer smo za prikaz poteka sistematičnega pregleda literature uporabili diagram PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta – Analysis) (Welch, et al., 2012).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Rezultati pregleda so vključevali šest kvantitativnih in osem kvalitativnih raziskav iz različnih držav (Švedska, Koreja, Nizozemska, Brazilija, Iran, Španija, Koreja, Združene države Amerike, Kanada, Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske, Japonska, Turčija, Brazilija, Anglija, Nemčija, Irska in Palestina). Sedem raziskav je bilo izvedenih s pomočjo intervjujev, šest s pomočjo vprašalnikov, ena raziskava pa je bila izvedena s pomočjo metode opazovanja, polstrukturiranega intervjuja in pregleda pacientove dokumentacije. Kakovost dobljenih virov, ki smo jih uvrstili v končni

pregled literature, smo določili s pomočjo hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu (Polit & Beck, 2008). Glede na hierarhijo iskanja dokazov se najvišje na hierarhični lestvici nahaja članek, opredeljen kot posamezna korelacijska raziskava, trinajst člankov pa je opredeljenih kot posamične opisne kvalitativne raziskave. Zbrani podatki so bili analizirani z vsebinsko analizo po Vogrinu (2008). Bistvene ugotovitve analize smo oblikovali v 45 kod, skladno z vključitvenimi in izključitvenimi kriteriji. Kode smo v nadaljevanju združevali v kategorije, ki so prikazane v Tabeli 3.

Rezultati

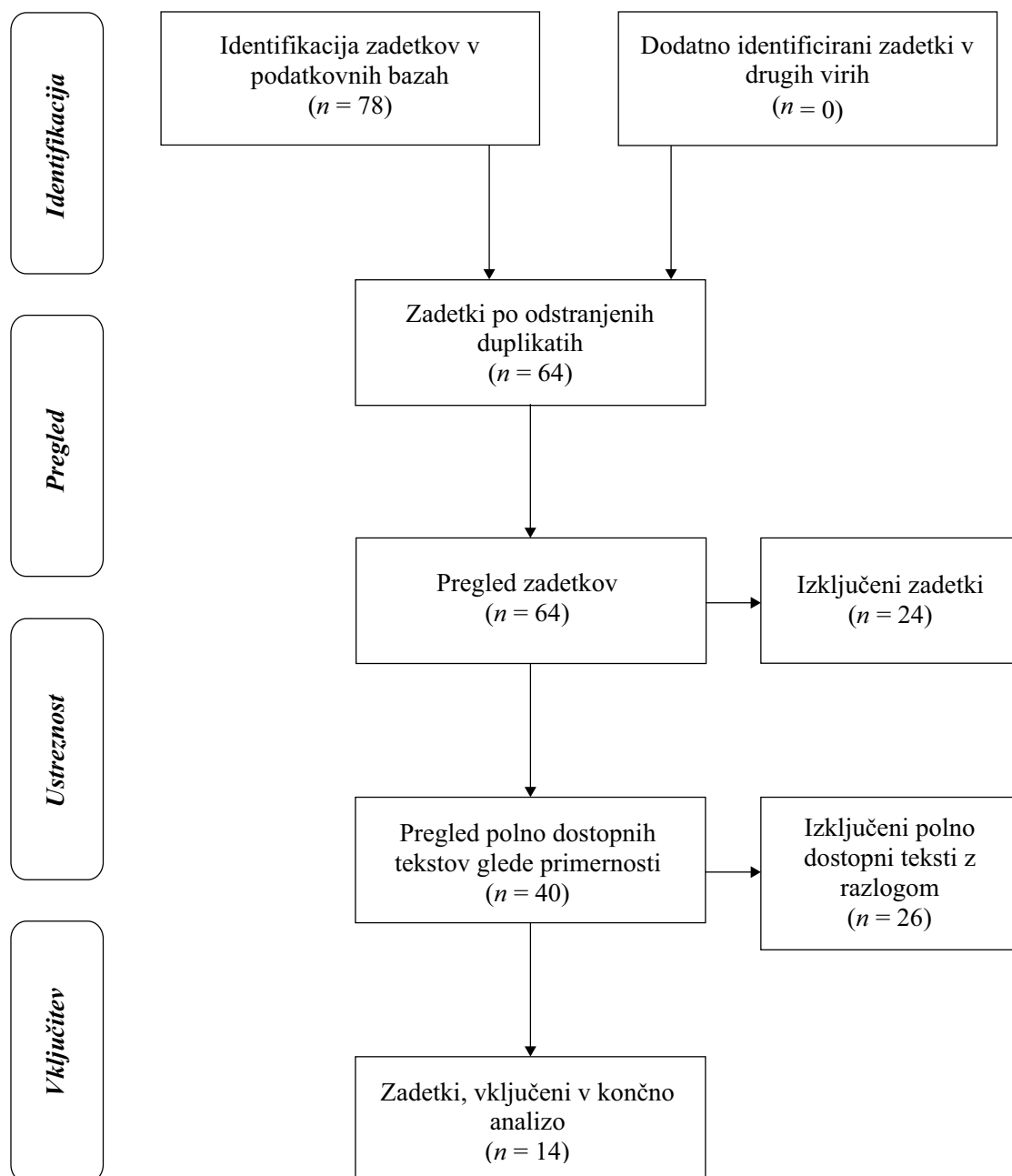
V Tabeli 2 so prikazani članki, ki smo jih vključili v končno analizo. Oblikovali smo 4 kategorije, ki predstavljajo vsebinska področja: (1) upoštevanje etičnih načel pri izvajanju zdravstvene nege; (2) etične dileme v povezavi z zdravljenjem in aktivnostmi zdravstvene nege; (3) etične dileme v povezavi z organizacijo zdravstvene oskrbe in (4) etične dileme v povezavi s paliativno oskrbo.

Kategorija 1: Upoštevanje etičnih načel pri izvajanju zdravstvene nege

Najbolj pogoste etične dileme se pojavljajo v zvezi z zagotavljanjem etičnega načela neškodljivosti in dobronamernosti (Yönt, et al., 2014). Ugotovitve raziskav navajajo, da se etične dileme pri izvajanju zdravstvene nege najpogosteje pojavljajo v povezavi z informiranim soglasjem kritično bolnih pacientov, udobjem kritično bolnih pacientov, avtonomijo in zagotavljanjem dostojanstva ter nezmožnostjo upoštevanja volje kritično bolnih pacientov (Kinoshita, 2007; Chaves & Masarollo, 2009; Choe, et al., 2015; Kohlen, et al., 2015; Oerlemans, et al., 2015; Bidabadi, et al., 2017).

Kategorija 2: Etične dileme v povezavi z zdravljenjem in aktivnostmi zdravstvene nege

Identificirane raziskave (Hamric & Blackhall, 2007; Wikström, et al., 2007; Chaves & Masarollo, 2009; Long-Sutehall, et al., 2011; Özden, et al., 2013; Oerlemans, et al., 2015; Park, et al., 2015; Kohlen, et al., 2015; Falcó-Pegueroles, 2016; Kryworuchko, et al., 2016) kažejo, da med najpogostejšimi etičnimi dilemami medicinske sestre v EIT navajajo dileme v povezavi z zdravljenjem in izvajanjem aktivnosti zdravstvene nege. Najbolj pogoste etične dileme se pojavljajo v zvezi z medicinsko tehnologijo, vzdrževanjem življenja, odločitvami pri zdravstveni oskrbi, prekomernim zdravljenjem kritično bolnih pacientov, visokotehnoško zdravstveno oskrbo, odtegnitvijo zdravljenja, neutemeljenim zdravljenjem, opustitvijo postopkov zdravljenja, neučinkovitostjo protibolečinske terapije. Medicinske sestre v EIT



Slika 1: PRISMA diagram sistematičnega pregleda literature
Figure 1: PRISMA diagram of systematic literature review

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji
Table 1: Inclusion and exclusion criteria

Kriterij / Criteria	Vključitveni kriteriji / Inclusion criteria	Izključitveni kriteriji / Exclusion criteria
Pacienti	Odrasli kritično bolni pacienti	Kritično bolni otroci
Vrsta publikacije	Objavljeni članki (izvirni, pregledni, znanstveni)	Neobjavljeni materiali, uvodniki
Časovno obdobje objav	2007–2017	Starejši od 10 let
Jezik	Slovenski in angleški	Drugi jeziki
Dostop	Celotna besedila	Kratka poročila in opisi

Tabela 2: Seznam člankov, vključenih v končno analizo
Table 2: Index of included articles in the final analysis

<i>Avtor in država / Author and country</i>	<i>Tipologija raziskave / Type of research</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ugotovitve / Results</i>
Yönt, et al., 2014 Turčija	Opisna raziskava / anketni vprašalnik	55 medicinskih sester	Medicinske sestre v EIT so navedle, da doživljajo etične dileme pri izvajanju fizičnega omejevanja kritično bolnih pacientov. Najpogostejši kršeni etični načeli sta načelo neškodljivosti in dobronamernosti.
Wikström, et al., 2007 Švedska	Kvalitativna raziskava / intervjuji	12 zdravstvenih delavcev, med katerimi so bile tudi medicinske sestre	Tehnološka podpora v EIT je zelo pomembna, saj usmerja in nadzira zdravljenje, povzroča pa nastanek etičnih dilem, ki so v povezavi z etičnim načelom avtonomije kritično bolnih pacientov.
Park, et al., 2015 Koreja	Opisna retrospektivna raziskava / anketni vprašalnik	157 medicinskih sester, 9302 sprejemov kritično bolnih pacientov	Rezultati raziskave, ki je bila izvedena v dveh opazovanih obdobjih, navajajo, da medicinske sestre v EIT izpostavljajo etične dileme, ki nastanejo v povezavi z neprimernim strokovnim vedenjem zdravstvenih delavcev (večinoma zdravnikov specialistov). Medicinske sestre v EIT so navajale tudi etične dileme v povezavi z oskrbo ob koncu življenja, transportom kritično bolnih pacientov, presaditvijo čvrstih organov in dodeljevanjem sredstev («resource allocation«).
Oerlemans, et al., 2015 Nizozemska	Eksplorativna kvalitativna raziskava / individualni intervjuji	2 zdravnika intenzivista, 3 medicinske sestre iz EIT, 3 oddelčni zdravniki, 4 oddelčne medicinske sestre v vsaki fokusni skupini	Intervjuvanci navajajo etične dileme v povezavi s sprejemom, zdravljenjem v EIT in ob odpustu kritično bolnih pacientov. Med najbolj pogostimi etičnimi dilemami navajajo prekomerno zdravljenje kritično bolnih pacientov.
Chaves & Masarollo, 2009 Brazilija	Kvalitativna raziskava / individualni intervjuji	10 medicinskih sester	Medicinske sestre v EIT navajajo etične dileme zaradi prisotnosti terminalno bolnih v EIT v povezavi z negotovostjo glede terminologije in mej intervencij za podaljševanje življenj kritično bolnih pacientov, nesoglasij pri odločanju, neupoštevanja procesa umiranja s strani svojcev in pomanjkanja pojasnil za kritično bolne paciente in njihove družine.
Kohlen, et al., 2015 Brazilija Anglija Nemčija Irska Palestina	Kvalitativna raziskava / polstrukturirani intervjuji	51 medicinskih sester	Medicinske sestre v EIT navajajo etične dileme, ki se pojavijo, ko se izvajanje intervencij zdravstvene nege s poudarkom na zdravljenju zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja kritično bolnih pacientov preusmeri v izvajanje intervencij zdravstvene nege, ki so povezane z zagotavljanjem skrbi ob koncu življenja. Medicinske sestre navajajo težave v zvezi s spoštovanjem avtonomije kritično bolnih pacientov.
Bidabadi, et al., 2017 Iran	Kvalitativna raziskava / metoda opazovanja, polstrukturirani intervjuji, pregled pacientove dokumentacije	30 zdravstvenih delavcev, med katerimi so bile tudi medicinske sestre	Udeleženci izvedene raziskave navajajo, da sta glavni oviri za ohranjanje dostojanstva kritično bolnih pacientov v EIT redukcionizem in paternalizem. Pomembni so kulturni dejavniki, ki zagotavljajo dostojanstvo kritično bolnih pacientov.
Falcó Pequeróles, et al., 2016 Španija	Opisna prospektivna korelacijska raziskava / vprašalnik	203 medicinskih sester	Med najpogostejše etične dileme so medicinske sestre umestile spoznanja o neučinkovitosti protibolečinske terapije in njihovo vključevanje v zdravljenje brez odločanja o oskrbi kritično bolnih pacientov.

<i>Avtor in država / Author and country</i>	<i>Tipologija raziskave / Type of research</i>	<i>Vzorec / Sample</i>	<i>Ugotovitve / Results</i>
Choe, et al., 2015 Koreja	Kvalitativna fenomenološka raziskava / individualni intervjuji	14 medicinskih sester	Medicinske sestre navajajo pet glavnih tematik za razvoj etičnih dilem in moralnih stisk: ambivalentnost do zdravstvene oskrbe, trpljenje zaradi pomanjkanja etične občutljivosti, etične dileme, ki izhajajo iz omejene avtonomije medicinskih sester, konflikti z zdravniki in konflikti z institucionalno politiko.
Hamric & Blackhall, 2007 Združene države Amerike	Opisna pilotna raziskava / vprašalnik	196 medicinskih sester, 29 zdravnikov	Medicinske sestre so v primerjavi z zdravniki poročale o slabšem sodelovanju, višji moralni stiski, bolj negativnem etičnem okolju in nižjem zadovoljstvu s kakovostjo zdravstvene oskrbe. Medicinskim sestram in tudi zdravnikom najvišjo moralno stisko predstavlja neutemeljeno zdravljenje kritično bolnih pacientov.
Özden, et al., 2013 Turčija	Opisna raziskava / anketni vprašalnik	176 anketirancev (zdravniki in medicinske sestre)	Velika večina medicinskih sester in zdravnikov je v zvezi z neutemeljenim zdravljenjem kritično bolnih pacientov v EIT doživljala etične dileme.
Kryworuchko, et al., 2016 Kanada	Kvalitativna raziskava / individualni intervjuji	12 medicinskih sester, zdravniki in zdravniki specialisti	Medicinske sestre in zdravniki so navajali etične dileme v zvezi z uporabo medicinske tehnologije za vzdrževanje življenja pri kritično bolnih pacientih. Potrebno je večje osredotočanje na bolj smiselne in produktivne dialoge v timih, povezanih z uporabo medicinske tehnologije pri kritično bolnih pacientih.
Long-Sutehall, et al., 2011 Združeno kraljestvo Velike Britanije in Severne Irske	Kvalitativna raziskava / individualni intervjuji	13 medicinskih sester	Medicinske sestre navajajo etične dileme v povezavi z opustitvijo zdravljenja pri kritično bolnih pacientih. Rezultati raziskave navajajo, da so medicinske sestre izvedle oskrbo umirajočih, pri čemer so upoštevale želje kritično bolnih pacientov in družin ter njihove lastne poklicne cilje.
Kinoshita, 2007 Japonska	Opisna raziskava / anketni vprašalnik	1210 medicinskih sester	Medicinske sestre med razlogi za neupoštevanje volje kritično bolnih pacientov najpogosteje navajajo, da ni bilo možnosti za njeno uresničitev; temu sledijo: dejstvo, da so se odločili drugi (ne glede na to, ali je bila znana volja s strani kritično bolnih pacientov), smrt in časovna omejitev. Medicinske sestre se soočajo z etičnimi dilemami v zvezi s spoštovanjem želja (volje) umirajočih pacientov.

navajajo tudi etične dileme, povezane s prevozom kritično bolnih pacientov, transplantacijo organov, sprejemom in odpustom kritično bolnih pacientov zaradi zasedenosti posteljnih kapacitet ter izvajanjem fizičnih varovalnih ukrepov.

Kategorija 3: Etične dileme v povezavi z organizacijo zdravstvene oskrbe

Avtorji (Choe, et al., 2015; Oerlemans, et al., 2015; Park, et al., 2015; Falco-Pegueroles, 2016) navajajo, da medicinske sestre v EIT izpostavljajo etične dileme v povezavi z neprimernim strokovnim vedenjem zdravstvenih delavcev, dodeljevanjem sredstev, stalno nastanitvijo družinskih članov, neučinkovito

komunikacijo (komunikacijske vrzeli) in neprimernim vedenjem družin kritično bolnih pacientov.

Kategorija 4: Etične dileme v povezavi s paliativno oskrbo

Etične dileme se nanašajo na oskrbo ob koncu življenja, občutke minljivosti, konflikte med vrednotami in prepričanji medicinskih sester ter dejansko oskrbo ob koncu življenja, odločanje o prenehanju postopkov zdravljenja in vzdrževanja življenja. Našteto je povezano z odnosi z družinami kritično bolnih pacientov in njihovo pomanjkljivo vključenostjo v oskrbo ob koncu življenja, osebnimi in družbenimi vrednotami ter znanjem medicinskih sester (Chaves & Masarollo, 2009; Özden, et al., 2013).

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah
Table 3: Codes sorted by categories

<i>Kategorije in kode / Categories and Codes</i>	<i>Avtor / Author</i>
<p><i>Kategorija 1 – Upoštevanje etičnih načel pri izvajanju zdravstvene nege</i></p> <p>etične dileme v povezavi z informiranim soglasjem kritično bolnih pacientov – etične dileme v zvezi z udobjem kritično bolnih pacientov – etične dileme v zvezi z neškodljivostjo – etične dileme v zvezi z dobronamernostjo – etične dileme v zvezi z avtonomijo – etične dileme v zvezi z dostojanstvom – nezmožnost upoštevanja volje kritično bolnih pacientov – upoštevanje profesionalne etike – spoštovanje kritično bolnih pacientov – redukcionizem – humana zdravstvena oskrba</p>	Kinoshita, 2007; Chaves & Masarollo, 2009; Yont, et al., 2014; Choe, et al., 2015; Kohlen, et al., 2015; Oerlemans, et al., 2015; Bidabadi, et al., 2017
<p><i>Kategorija 2 – Etične dileme v povezavi z zdravljenjem in aktivnostmi zdravstvene nege</i></p> <p>etične dileme v zvezi z medicinsko tehnologijo – vzdrževanje življenja – etične dileme v povezavi z odločitvami pri zdravstveni oskrbi – prekomerno zdravljenje kritično bolnih pacientov – etične dileme z visokotehnološko zdravstveno oskrbo – etične dileme v povezavi z odtegnitvijo zdravljenja – etične dileme v povezavi z neučinkovitostjo protibolečinske terapije – etične dileme v povezavi z neutemeljenim zdravljenjem – etične dileme zaradi opustitve postopkov zdravljenja – etične dileme v zvezi s prevozom kritično bolnih pacientov – etične dileme v povezavi s transplantacijo organov – etične dileme pri sprejemu kritično bolnih pacientov – etične dileme pri odpustu kritično bolnih pacientov – zasedenost posteljnih kapacitet – tehtanje odločitve o izvajanju fizičnega varovalnega ukrepa – zaznavanje etičnih dilem pri izvajanju fizičnega varovalnega ukrepa</p>	Hamric & Blackhall, 2007; Wikström, et al., 2007; Chaves in Masarollo, 2009; Long-Sutehall, et al., 2011; ÖZden, et al., 2013; Kohlen, et al., 2015; Oerlemans, et al., 2015; Park, et al., 2015; Falcó-Pegueroles, 2016; Kryworuchko, et al., 2016
<p><i>Kategorija 3 – Etične dileme v povezavi z organizacijo zdravstvene oskrbe</i></p> <p>etične dileme v povezavi z neprimernim strokovnim vedenjem zdravstvenih delavcev – etične dileme v povezavi z dodeljevanjem sredstev – etične dileme v povezavi z odločanjem v zvezi z oskrbo kritično bolnih pacientov – etične dileme v povezavi z organizacijo zdravstvene oskrbe (stalna nastanitev družinskih članov) – etične dileme v povezavi z neučinkovito komunikacijo (komunikacijske vrzeli) – etične dileme v povezavi z neprimernim vedenjem družin kritično bolnih pacientov – kolektivna odgovornost – skupni trud zdravstvenih delavcev za reševanje etičnih dilem – medprofesionalni konflikti</p>	Choe, et al., 2015; Park, et al., 2015; Oerlemans, et al., 2015; Falcó-Pegueroles, 2016
<p><i>Kategorija 4 – Etične dileme v povezavi s paliativno oskrbo</i></p> <p>etične dileme v zvezi z oskrbo ob koncu življenja – občutki medicinskih sester v zvezi z oskrbo ob koncu življenja (občutek minljivosti) – konflikti med vrednotami in prepričanji medicinskih sester in dejansko oskrbo ob koncu življenja – odločanje o prenehanju postopkov zdravljenja in vzdrževanja življenja – pluralnost vrednot – družbene vrednote – osebne vrednote – odnosi z družino – pomanjkanje vključevanja družine v oskrbo ob koncu življenja – pomanjkanje znanja pri medicinskih sestrah</p>	Chaves & Masarollo, 2009; ÖZden, et al., 2013

Diskusija

Iz pregleda literature ugotavljamo, da medicinske sestre navajajo različne etične dileme pri izvajanju zdravstvene nege kot tudi zdravstvene oskrbe v EIT. Oh in Gastmans (2013) v sintezi kvantitativnih dokazov devetnajstih člankov, ki so bili objavljeni med letoma 1984 in 2011, zaključujeta, da se medicinske sestre pogosto srečujejo z etičnimi dilemami in posledično doživljajo moralno stisko, povezano s težkimi odločitvami, ter občutek izgorelosti. Santiago in Abdool (2011) navajata, da EIT sodijo v okolje, kjer se zdravniki in medicinske sestre pogosto srečujejo s kompleksnimi etičnimi vprašanji, saj težke bolezni vedno spremlja ranljivost.

Nyholm in Koskinen (2017) navajata, da je zagotavljanje dostojanstva eno najpomembnejših etičnih vprašanj v zdravstveni negi. Kritično bolni pacienti v EIT so izpostavljeni ogrožanju dostojanstva. Skrb za njegovo ohranjanje je povezana z obravnavo kritično bolnega pacienta kot edinstvene osebe – človeka in s spoštovanjem njegove vrednosti. Rezultati raziskave, izvedene na Madžarskem (Zubek, et al., 2011), navajajo, da je praksa zdravnikov v EIT precej paternalistična. Zdravniki v EIT najpogosteje odločitve sprejemajo sami, ne da bi upoštevali mnenja kritično bolnih pacientov, sorodnikov in drugih zdravstvenih delavcev. Pavlish in sodelavci (2015) so s fenomenološko raziskavo proučevali sprejemljivost in izvedljivost orodij za vpeljavo proaktivnega pristopa k

etičnim dilemam. V njej je sodelovalo 22 medicinskih sester, ki so izvajale zdravstveno nego v 55 kliničnih situacijah v dveh kliničnih centrih. Izsledki kažejo, da so medicinske sestre, ki so izvajale zdravstveno nego pri starejših kritično bolnih pacientih s spremljajočimi boleznimi in višjo intenzivnostjo zdravljenja, navedle več etičnih dilem. Avtorji pri pristopu k etičnim dilemam navajajo pomembnost orodij in pomen rednih družinskih konferenc s posvetovanji. Na osnovi ugotovitev raziskave so določili zgodnje kazalce za pojavnost etičnih dilem, kot so znaki, ki kažejo na pacientovo trpljenje (dolgotrajne, neobvladljive bolečine), prisotnost nerealnih pričakovanj (neomajno prepričanje v okrevanje pacientov), moralna stiska medicinskih sester (v primerih neuspešnega zdravljenja), konflikti (nesoglasja, različne možnosti), slaba in pomanjkljiva komunikacija (izogibanje koncu življenja in drugim težkim življenjskim situacijam) ter kršitve etike (nespoštovanje avtonomije, neupoštevanje pravice do obveščenosti).

V okviru izvedene raziskave ugotavljamo, da izvajanje fizičnih varovalnih ukrepov sproža nastanek etičnih dilem pri medicinskih sestrah v EIT. Tudi Perez in sodelavci (2018) na osnovi integrativnega pregleda 17 člankov iz Evrope, Azije in Združenih držav Amerike ugotavljajo, da je fizični varovalni ukrep prva izbira pri preprečevanju motenj v zdravljenju, a je njegova učinkovitost pri preprečevanju samoekstubacije vprašljiva. Danielis in sodelavci (2018) navajajo, da se samoekstubacija s strani kritično bolnih pacientov lahko prepreči z boljšim medstrokovnim komuniciranjem in zagotavljanjem ustreznega razmerja med številom medicinskih sester v EIT in kritično bolnih pacientov. Zanimive so ugotovitve kvalitativne raziskave Johansson in sodelavcev (2019), ki izpostavlja, da so v EIT začeli pisati dnevnik s ciljem izboljšanja komunikacije med kritično bolnimi pacienti, družinami in zdravstvenimi delavci.

V izvedeni raziskavi se pojavijo tudi etične dileme v zvezi z dodeljevanjem sredstev. Podobno menijo Pishgoobie in sodelavci (2018): med najpogostejše etične dileme sodi uporaba neupravičenih virov oziroma neutemeljenega zdravljenja, v katerem so postopki zdravljenja za kritično bolne paciente le nesorazmerno in neučinkovito breme, saj cilji niso dosegljivi (Grosek, et al., 2015).

Gavrin (2007) ugotavlja, da se zdravstveni delavci, tudi medicinske sestre v EIT, soočajo z etičnimi dilemami, povezanimi s smrtjo, zato morajo vsi zdravstveni delavci, ki skrbijo za umirajoče paciente, imeti znanje o filozofskih načelih, bistvenih za biomedicinsko etiko. Omenjeno ni dovolj za sočutno nego. Človekovo ravnanje ni utemeljeno izključno na pravilih; zapletene, nepredvidljive interakcije so norma. Swetz in sodelavci (2007) navajajo, da kljub napredkom v intenzivni zdravstveni oskrbi ostajajo najbolj pogoste etične dileme na področju komunikacije, družinskih

konfliktov in občutka nesmiselnosti. Chevrier in sodelavci (2016) menijo, da medicinske sestre igrajo ključno vlogo pri oskrbi kritično bolnih pacientov, saj z njimi in njihovimi družinami preživijo ob koncu življenja več časa kot katerikoli drugi zdravstveni delavci. Zato se medicinske sestre soočajo z izzivi, kako pacientom in družinami v težkih in bolečih stanjih omogočiti podporo v zapletenih etičnih dilemah in v agoniziranem procesu sprejemanja odločitev, ki ga povzroči prehod k paliativni oskrbi. Long-Sutehall in sodelavci (2011) izpostavljajo različna stališča o tem, kdaj naj bi ukinili zdravljenje, pri čemer se zdravniki osredotočajo na odločitev o umiku zdravljenja, medicinske sestre pa z operacionalizacijo procesov v zdravstveni negi. Sekse in sodelavci (2018) so s sistematičnim pregledom literature med letoma 2000 in 2016, katerega namen je bil preučiti, kako medicinske sestre v različnih zdravstvenih sistemih opisujejo svojo vlogo pri zagotavljanju paliativne oskrbe pri kritično bolnih pacientih, ugotovili, da med pomembni lastnosti medicinske sestre sodita njena pozornost in razpoložljivost.

Na osnovi izvedenega pregleda literature (Falcó Pequeroles, et al., 2016) ugotovimo, da neučinkovitost protibolečinske terapije sproža nastanek etičnih dilem. Tudi Gosselin in sodelavci (2014) navajajo, da je vodenje bolečine v enoti za intenzivno terapijo lahko težavno. Kot menita Clemens in Klaschik (2009), so prednostne naloge v paliativni oskrbi nadzor bolečine in obvladovanje drugih simptomov, zmanjšanje trpljenja, celovita komunikacija s pacientom in sorodniki in zagotavljanje empatične oskrbe, ki vključuje pripravljenost na razmišljanje o življenju in spoštovanje človekovega dostojanstva. Medicinske sestre navajajo tudi etične dileme, povezane z zasedenostjo posteljnih enot in postopki zdravljenja kritično bolnih (Oerlemans, et al., 2015). Kauppi in sodelavci (2018) so s fokusnimi skupinami na Švedskem ugotovili, da se etične dileme pojavljajo tudi pri medicinskih sestrah na oddelkih, ko prevzamejo skrb za kritično bolnega po zaključku zdravljenja v EIT.

Rostami in Jafari (2016) sta izvedla pregled literature na področju dožemanja brezupnega in brezizhodnega zdravljenja. Navajata, da so etične dileme v zvezi s tovrstnim zdravljenjem zelo zapletene. Medicinske sestre v teh primerih potrebujejo pomoč svetovalnih služb. Browning (2013) je z opisno korelacijsko raziskavo proučeval razmerje med moralno stisko, psihološko močjo in demografskimi spremenljivkami pri 227 medicinskih sestrah, ki so skrbele za kritično bolne paciente ob koncu življenja. Pomembna negativna korelacija med psihološko močjo in pogostostjo moralne stiske je pokazala, da medicinske sestre z višjo zaznano močjo manj pogosto doživljajo moralno stisko. Ta ugotovitev je še posebej zanimiva, saj se še vedno iščejo ukrepi za zmanjšanje moralne stiske. Henrich in sodelavci (2017) so s kvalitativno raziskavo ugotavljali posledice moralne stiske pri 19

medicinskih sestrah iz terciarnega zdravstvenega varstva: medicinske sestre občutijo frustracijo ob pojavu moralnih stisk.

Omejitve izvedene raziskave se nanašajo na raznolikost etičnih dilem. Obstaja tudi možnost, da smo zaradi vključitvenih kriterijev izpustili nekatere pomembne raziskave. Iskanje, pregled in izbor literature je opravil en raziskovalec. Omejitve izvedene raziskave se nanašajo tudi na kakovost vključenih raziskav, saj z izvedenim pregledom literature nismo uspeli pridobiti najvišjih dokazov glede na hierarhijo dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu.

Zaključek

Medicinske sestre v EIT pri izvajanju zdravstvene nege kritično bolnih pacientov doživljajo etične dileme. Med najbolj pogostimi etičnimi dilemami so dileme, povezane z zdravljenjem in aktivnostmi zdravstvene nege, organizacijo zdravstvene oskrbe in paliativno oskrbo. Medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege v EIT v povezavi z etičnimi dilemami med najbolj pogostimi etičnimi načeli navajajo neškodljivost, dobronamernost in avtonomijo kritično bolnih pacientov. Menimo, da bi bilo priporočljivo podrobneje raziskati posamezne etične dileme medicinskih sester, ki se pojavijo v času izvajanja zdravstvene nege pri kritično bolnih pacientih v EIT.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

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

Financiranje / Funding

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

Etika raziskovanja / Ethical approval

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

Prispevek avtorjev / Author contributions

Avtorica je zasnovala raziskavo, definirala namen in metodologijo, izvedla iskanje in sistematičen pregled literature, opravila izbor vključenih virov, izvedla analizo podatkov ter napisala diskusijo in zaključek. / The author conceived the study, defined research aims and methodology, searched and reviewed the literature, selected the sources, conducted the analysis of included data and wrote Discussion and Conclusion.

Literatura

Bidabadi, F.S., Yazdannik, A. & Zargham-Boroujeni, A., 2017. Patient's dignity in intensive care unit: a critical ethnography. *Nursing Ethics*, 26(3), pp. 738–752.

<https://doi.org/10.1177/0969733017720826>

PMid:28835156

Browning, A.M., 2013. CNE Article: moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *American Journal of Critical Care*, 22(2), pp. 143–151.

<https://doi.org/10.4037/ajcc2013437>

PMid:23455864

Chaves, A.A. & Massarollo, M.C., 2009. Perception of nurses about ethical dilemmas related to terminal patients in intensive care units. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(1), pp. 30–36.

Chevrier, A., Doucette, E., Bastarache, S., Duff-Murdoch, V., Marceau, J. & Marti, C., 2016. Navigating the transition of critical care to end-of-life care using a strengths-based nursing approach. *Journal of Critical Care Nursing*, 27(2), p. 17.

Available at: https://issuu.com/pappincommunications/docs/cjccn_-_summer_2016 [10. 6. 2018].

Choe, K., Kang, Y. & Park, Y., 2015. Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), pp. 1684–1693.

<https://doi.org/10.1111/jan.12638>

PMid:25688835

Clemens, K.E. & Klaschik, E., 2009. Integration of principles of palliative medicine into treatment of patients in intensive care units. *Anesthesiologie, Intensivmedizin Notfallmedizin, Schmerztherapie*, 44(2), pp. 88–94.

<https://doi.org/10.1055/s-0029-1202648>

PMid:19199172

Cronin, P., Ryan, F. & Coughlan, M., 2008. Undertaking a literature review: a step by step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), pp. 38–43.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>

PMid:18399395

Danielis, M., Chiaruttini, S. & Palese, A., 2018. Unplanned extubations in an intensive care unit: findings from a critical incident technique. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, pp. 69–77.

<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.04.012>

PMid:29776707

Dawson, K.A., 2008. Palliative care for critically ill older adults: dimensions of nursing advocacy. *Critical Care Nursing Quarterly*, 31(1), pp. 19–23.

<https://doi.org/10.1097/01.CNQ.0000306392.02154.07>

PMid:18316932

- Dineen, K.K., 2017. Ethical Issues. In: L.D. Urden & K.M. Stacey, eds. *Critical care nursing: diagnosis and management*. Maryland Heights: Elsevier, pp. 13–17. Available at: https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=VIgIDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=ethical+dilemmas+in+critical+care+nursing&ots=jQrcOa8yLd&sig=ifKihq6gEC0Li7HpW6wqSq72EI&redir_esc=y#v=onepage&q=ethical%20dilemmas%20in%20critical%20care%20nursing&f=false [5. 10. 2017].
- Falcó-Pegueroles, A., Lluch-Canut, M.T., Martínez-Estalella, G., Zabalegui-Yarnoz, A., Delgado-Hito, P., Via-Clavero, G., et al., 2016. Levels of exposure to ethical conflict in the ICU: correlation between sociodemographic variables and the clinical environment. *Intensive & Critical Care Nursing*, 33, pp. 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.10.004> PMID:26796289
- Gavrin J.R., 2007. Ethical considerations at the end of life in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 35(2), pp. 85–94. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000252909.52316.27> PMID:17242609
- Gosselin, E., Bourgault, P., Lavoie, S., Coleman, R.M. & Méziat-Burdin, A., 2014. Development and validation of an observation tool for the assessment of nursing pain management practices in intensive care unit in a standardized clinical simulation setting. *Pain Management Nursing*, 15(4), pp. 720–730. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2013.05.003> PMID:24675281
- Grošek, Š., Grošelj, U. & Oražem, M., 2015. *Etična priporočila za odločanje o zdravljenju in paliativni oskrbi bolnika ob koncu življenja v intenzivni medicini*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center. Available at: http://kme-nmec.si/files/2015/05/Eticna_priporocila_paliativa-v-intenzivni-medicini.pdf [1. 12. 2017].
- Grošelj, U., Oražem, M., Trontelj, J. & Grošek, Š., 2013. Etične dileme ob koncu življenja v intenzivni medicini. *Zdravstveni Vestnik*, 82(9), pp. 589–601.
- Hamric, A.B. & Blackhall, L.J., 2007. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), pp. 422–429. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D> PMID:17205001
- Henrich, N.J., Dodek, P.M., Gladstone, E., Alden, L., Keenan, S.P., Reynolds, S., et al., 2017. Consequences of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study. *American Journal of Critical Care*, 26(4), pp. 48–57. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017786> PMID:28668926
- Johansson, M., Wahlin, I., Magnusson, L. & Hanson, E., 2019. Nursing staff's experiences of intensive care unit diaries: a qualitative study. *Nursing in Critical Care*. In Press. <https://doi.org/10.1111/nicc.12416> PMID:30680873
- Kauppi, W., Proos, M. & Olausson, S., 2018. Ward nurses' experiences of the discharge process between intensive care unit and general ward. *Nursing in Critical Care*, 23(3), pp. 127–133. <https://doi.org/10.1111/nicc.12336> PMID:29359426
- Keskin, G.K. & Meral, M., 2014. Ethical dilemmas faced by nurses in the intensive care units. *The World of Critical Care Nursing*, 9(3), pp. 67–67.
- Kimberly, C., 2014. Ethical dilemmas in the Intensive Care Unit: treating pain and symptoms in noncommunicative patients at end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(5), pp. 256–260. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000069>
- Kinoshita S., 2007. Respecting the wishes of patients in intensive care units. *Nursing Ethics*, 14(5), pp. 651–664. <https://doi.org/10.1177/0969733007075890> PMID:17901175
- Kohlen, H., McCarthy, J., Szylyt Buosso, R., Gallagher, A. & Andrews, T., 2015. Decision-making processes in nursing and activities at the end of life in intensive care: an international comparative study. *Pflege*, 28(6), pp. 329–338. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000458> PMID:26580426
- Kryworuchko, J., Strachan, P.H., Nouvet, E., Downar, J. & You, J.J., 2016. Factors influencing communication and decision-making about life-sustaining technology during serious illness: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(5), art. ID e010451. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010451> PMID:27217281; PMCID:PMC4885276
- Long-Sutehall, T., Willis, H., Palmer, R., Ugboma, D., Addington-Hall, J. & Coombs, M., 2011. Negotiated dying: a grounded theory of how nurses shape withdrawal of treatment in hospital critical care units. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), pp. 1466–1474. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.06.003> PMID:21774933
- Maze, H., 2009. Znanje, spretnosti in veščine medicinskih sester – temelji za premagovanje pravno – etičnih dilem. In: A. Kvas, ed. *Pravno-etične dileme – izziv za profesijo zdravstvene nege: zbornik predavanj. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. Ljubljana: Zbornica-Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji, p. 19.
- McLeod, A., 2014. Nurses' views of the causes of ethical dilemmas during treatment cessation in the ICU: a qualitative study. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 10(3), pp. 131–137. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2014.10.3.131>

- Meyer-Zehnder, B., Barandun Schäfer, U., Albisser Schleger, H., Reiter-Theil, S. & Pargger, H., 2014. Ethical case discussions in the intensive care unit: from testing to routine. *Anaesthesist*, 63(6), pp. 447–487.
<https://doi.org/10.1007/s00101-014-2331-x>
PMid:24820357
- Moon, J.Y. & Kim, J.O., 2015. Ethics in the Intensive Care Unit. *Tuberculosis & Respiratory Diseases*, 78(3), pp. 175–179.
<https://doi.org/10.4046/trd.2015.78.3.175>
PMid:26175769; PMCid:PMC4499583
- Mutinda, J.L., 2015. Ethical dilemmas experienced by nurses working in critical care units in Kenyatta National Hospital. *Journal of Medicine, Physiology and Biophysics*, 16, pp. 83–85.
- Nyholm, L. & Koskinen, C.A., 2017. Understanding and safeguarding patient dignity in intensive care. *Nursing Ethics*, 24(4), pp. 408–418.
<https://doi.org/10.1177/0969733015605669>
PMid:26419439
- Oerlemans, A.J., van Sluisveld, N., van Leeuwen, E.S., Wollersheim, H., Dekkers, W.J. & Zegers M., 2015. Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Medical Ethics*, 16(9), pp. 408–418.
<https://doi.org/10.1177/0969733015605669>
PMid:26419439
- Oh, J. & Gastmans, C., 2013. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nursing Ethics*, 22(1), pp. 15–31.
<https://doi.org/10.1177/0969733013502803>
PMid:24091351
- Özden, D., Karagözoğlu, S., Yildirim, G. & Tabak, E., 2013. Opinions of intensive care professionals about futile treatment. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 15(3), pp. 42–55.
- Park, Y.S. & Oh, E.G., 2012. Nurses' experiences of ethical dilemmas and their coping behaviors in intensive care units. *Journal of Korean critical care nursing*, 5(2), pp. 1–14.
- Park, D.W., Moon, J.Y., Ku, E.Y., Kim, S.J., Koo, Y.M., Kim, O.J., et al., 2015. Ethical issues recognized by critical care nurses in the intensive care units of a tertiary hospital during two separate periods. *Journal of Korean Medical Science*, 30(4), pp. 495–501.
<https://doi.org/10.3346/jkms.2015.30.4.495>
PMid:25829820; PMCid:PMC4366973
- Pavlish, C.L., Hellyer, J.H., Brown-Saltzman, K., Miers, A.G. & Squire, K., 2015. Screening situations for risk of ethical conflicts: a pilot study. *American Journal of Critical Care*, 24(3), pp. 248–256.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2015418>
PMid:25934722
- Perez, D., Peters, K., Wilkes, L. & Murphy, G., 2019. Physical restraints in intensive care: an integrative review. *Australian critical care*, 32(2), pp. 165–174.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.12.089>
PMid:29559190
- Pishgooie, A.H., Barkhordari-Sharifabad, M., Atashzadeh-Shoorideh, F. & Falcó-Pegueroles A., 2018. Ethical conflict among nurses working in the intensive care units. *Nursing Ethics*. In Press.
<https://doi.org/10.1177/0969733018796686>
PMid:30336767
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins, p. 32.
- Reader, T.W., Flin, R., Mearns, K. & Cuthbertson, B.H., 2009. Developing a team performance framework for the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 37(5), pp. 1787–1793.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819f0451>
PMid:19325474
- Rostami, S. & Jafari, H., 2016. Nurses' perception of futile medical care. *Materia Socio – Medica*, 28(2), pp. 151–155.
<https://doi.org/10.5455/msm.2016.28.151-155>
PMid:27147925; PMCid:PMC4851516
- Santiago, C. & Abdool, S., 2011. Conversations about challenging end-of-life cases: ethics debriefing in the medical surgical intensive care unit. *Dynamics*, 22(4), pp. 26–30.
PMid:22279847
- Sekse, R.J.T., Hunskaar, I. & Ellingsen, S., 2018. The nurse's role in palliative care: a qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1/2), pp. 21–38.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13912>
PMid:28695651
- Swetz, K.M., Crowley, M.E., Hook, C. & Mueller, P.S., 2007. Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature. *Mayo Clinics proceedings*, 82(6), pp. 686–691.
[https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(11\)61188-9](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(11)61188-9)
- Tschudin, V., 2004. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Educey.
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta, p. 18.
- Zubek, L., Szabó, L., Diószeghy, C., Gál, J. & Elö, G., 2011. End-of-life decisions in Hungarian intensive care units. *Anaesthesia and intensive care*, 39(1), pp. 116–121.
<https://doi.org/10.1177/0310057X1103900119>
PMid:21375101

Welch, V., Petticrew, M., Tugwell, P., Moher, D., O'Neill, J., Waters, E., et al., 2012. PRISMA-equity 2012 extension: reporting guidelines for systematic reviews with a focus on health equity. *Public Library of Science Medicine*, 9(10), art. ID e1001333. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001333>
PMid:23222917; PMCID:PMC3484052

Wiegand, D.L., MacMillan, J., Rogrigues dos Santos, M. & Szylit Bousso, R., 2015. Palliative and end-of-life ethical dilemmas in the intensive care unit. *AACN Advanced Critical Care*, 26(2), pp. 142–150. <https://doi.org/10.1097/NCI.0000000000000085>
PMid:25898882

Wikström, A., Cederborg, A. & Johanson, M., 2007. The meaning of technology in an intensive care unit-an interview study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23(4), pp. 187–195. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.03.003>
PMid:17467992

Yönt, G.H., Korhan, E.A., Dizer, B., Gümüş, F. & Koyuncu, R., 2014. Examination of ethical dilemmas experienced by adult intensive care unit nurses in physical restraint practices. *Holistic Nursing Practice*, 28(2), pp. 85–90. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000013>
PMid:24503745

Citirajte kot / Cite as:

Kalender Smajlović, S., 2019. Etične dileme pri izvajanju zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), pp. 157–168. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.2.222>

Errata: 53(1), p. 10.

V številki 53(1) je bil na strani 10 netočno objavljen tekst, ki ga ponovno objavljamo. Uredništvo se opravičuje avtorjem in bralcem za nastalo napako. / In 53 (1) on page 10 the part of the text was incorrectly published and is therefore being republished again. The editorial board apologizes to the authors and readers for the error.

22 questions. We gathered basic demographic data, information on employment position, participation in training over the past five years, database access, and other parameters. Participants replied with dichotomous responses (Yes/No). Respondents self-evaluated their knowledge of research, evidence-based work, the English language proficiency and assessed their satisfaction with professional work on a five-point scale (1 – Insufficient; 2 – Sufficient; 3 – Good; 4 – Very good; 5 – Excellent). Respondents also indicated their agreement with the Slovenian translations of English names for the four nursing care provider categories defined by the EFN Matrix.

The second questionnaire section inquired into the understanding of the EFN Matrix. Respondents rated 37 statements on a five-point scale (1 – Strongly disagree; 2 – Disagree; 3 – Neither agree nor disagree; 4 – Agree; 5 – Strongly agree). Participants responded to general descriptions of individual provider categories and specific competences. Provider categories, descriptions, and specific competences were translated from English into Slovenian by a professional translator. Reliability and validity evaluations were used for all sets of statements where data were shown to be useful for future analysis. The general descriptions of four nursing care provider categories through the four statements proved to have good reliability (Cronbach alpha = 0.807).

The instrument's ability to measure:

- the "specific HCA competences" phenomenon through eight statements turned out to be very reliable (Cronbach alpha = 0.901). Factor analysis explained 55.43 % of the variance (KMO = 0.878, Bartlett $p < 0.001$). The result is a single factor (FA1 – Specific HCA competences) in which all statements have a factor loading of more than 0.63;
- the "specific GCN competences" phenomenon through eight statements has turned out to be very reliable (Cronbach alpha = 0.958). Factor analysis explained 75.31 % of the variance (KMO = 0.932, Bartlett $p < 0.001$). The result is a single factor (FA2 – Specific GCN competences) in which all statements have a factor loading of more than 0.77;
- the "specific SN competences" phenomenon through eight statements turned out to be very reliable (Cronbach alpha = 0.966). Factor analysis explained 77.19 % of the variance (KMO = 0.954, Bartlett $p < 0.001$). The result is a single factor (FA3 – Specific SN competences) in which all statements have a factor loading of more than 0.76;
- the "specific ANP competences" phenomenon through eight statements turned out to be very reliable (Cronbach alpha = 0.933). Factor analysis explained 79.15 % of the variance (KMO = 0.885, Bartlett $p < 0.001$) with two factors. The first factor explained 68.18% of the variance (Cronbach alpha = 0.939) and the second 10.97 % of the variance (Cronbach alpha = 0.910). The first factor describes

collaborative, educational, and development tasks (collectively: FA4 – Collaboration and development), while the second covers responsibility for treatment, clinical decisions, and patient referrals (collectively: FA5 – Responsibility for treatment).

The results of factor analysis (Principal Axis Factoring) are shown in Tables 2 and 3.

Description of the research sample

Purposive sampling was used. In total, 785 people were invited; 569 (72.48 %) agreed to receive the questionnaire and 365 respondents returned the questionnaire, making the response rate 64.15 %. The sample included nursing care teachers and management from secondary health care schools ($n = 31$), nursing care lecturers and management from health care science colleges and faculties ($n = 30$), GCNs who are clinical mentors and educators in health care institutions ($n = 274$), and members of national nursing bodies in Slovenia (Nurses and Midwives Association of Slovenia, Ministry of Health) ($n = 30$). In terms of gender representation, 315 (86.3 %) respondents were female. On average, the respondents were 43.4 years old ($s = 9.4$). In terms of educational achievement, participants ranged from GCNs ($n = 310$) to masters in nursing ($n = 55$). The average length of employment in nursing was 15.17 years ($s = 10.66$).

Description of the research procedure and data analysis

The research took place between April and June 2016. Reliability analysis was calculated using Cronbach's alpha coefficient of internal consistency (< 0.70) (Pallant, 2010). Consistency analysis was validated using exploratory factor analysis (Principal Axis Factoring approach, the Oblimin with Kaiser Normalization rotation method), the Bartlett sphericity test was performed ($p < 0.05$), and the KMO measure used was (> 0.6) (Pallant, 2010). If a factor has four or more factor loadings exceeding 0.6, the result is reliable regardless of the sample size (Pallant, 2010). In addition, descriptive statistics, paired t-test, variance analysis (ANOVA with post-hoc tests), and correlation analysis were used to process data. Statistical significance was set at $p < 0.05$. The program SPSS ver. 22 was used to process data.

Results

In terms of training and educational activities, respondents indicated that over the previous five years (2010–2015), only half had received education and training in nursing research ($n = 182$), followed by evidence-based practice (EBP) in nursing ($n = 173$). A total of 157 (43 %) reported on having access to information databases (e.g. Cinahl, Web of Science,

NAVODILA AVTORJEM

Splošna navodila

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

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

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

Opredelitev tipologije

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

Metodološka struktura članka

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

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

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

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

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

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

Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

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

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

oz. hipotez (kvantitativna raziskava).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

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

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

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

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

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

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

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

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

Navajanje literature

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

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

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

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

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

Primeri navajanja literature v seznamu

Citiranje knjige:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Citiranje anonimnega dela (avtor ni naveden):

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

Citiranje dela korporativnega avtorja:

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

Citiranje članka iz suplementa revije oz. suplementa številke revije:

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

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

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

Citiranje prispevka iz zbornika referatov:

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

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

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

Citiranje diplomskega, magistrskega dela, doktorske disertacije:

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

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

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

Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov:

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

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

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

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

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

Citiranje zgoščenk (CD-ROM):

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

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

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

1. Naslovna stran, ki vključuje:

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

Zahvala/Acknowledgements

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

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

Prispevek avtorjev/Author contributions

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

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

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

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

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

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

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

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

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

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

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

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

Literatura

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

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

Posodobljeno: 21. 11. 2016

Citirajte kot:

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

MANUSCRIPT SUBMISSION GUIDELINES

General policies

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

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

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

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

Typology of articles

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

Methodological structure of an article

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

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

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

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

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

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

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

Structure of an Original Scientific Article (1.01)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Structure of a Review Article (1.02)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literature Citation

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

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

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

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

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

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

Citation Examples by Type of Reference

Citing books:

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

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

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

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

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

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

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

Citing a book edited by one or multiple authors:

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

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

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

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

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

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

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

Citing anonymous works (author is not given):

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

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

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

Citing an article from a journal supplement or issue supplement:

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

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

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

Citing from published conference proceedings:

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

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

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

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

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

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

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

Citing laws, codes and regulations:

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

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

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

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

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

Citing compact disk material (CD-ROM):

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

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

ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES

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

1. The title page includes:

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

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

Acknowledgements

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

Conflict of interest

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

Funding

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

Ethical approval

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

Author contributions

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

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

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

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

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

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

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

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

The editorial board – author/s relationship

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

GUIDE TO REVIEWERS

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

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

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

Literature

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

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

Updated on November 21, 2016

Cite as:

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

SLOVENIAN NURSING REVIEW

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

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

Founded and published by:

The Nurses and Midwives Association of Slovenia

Editor in Chief and Managing Editor:

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

Editor, Executive Editor:

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

Editor, Web Editor:

Martina Kocbek Gajšt, MA, BA

Editorial Board:

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

Reader for Slovenian

Simona Jeretina, BA

Readers for English

Nina Bostič Bishop, MA, BA

Martina Zajc, PhD, BA

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

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

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

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

Print run: 610 copies

Designed and printed by: Tiskarna knjigoveznica Radovljica

Printed on acid-free paper.

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

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

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

Kazalo / Contents

UVODNIK / LEADING ARTICLE

- Utrinek časa ob stoletnici poklica medicinske sestre na Slovenskem
A hundred years of the nursing profession in Slovenia
Monika Ažman 100

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK / ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Prevalence and characteristics of tobacco and cannabis co-use in 15-year-old students in Slovenia
Razširjenost in značilnosti souporabe tobaka in konoplje med 15-letnimi dijaki v Sloveniji
Helena Koprivnikar, Tina Zupanič, Andreja Drev, Helena Jeriček Klanšček 104

- Zadovoljstvo državljanov Republike Slovenije z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji
Satisfaction of the citizens of the Republic of Slovenia with healthcare services
Barbara Zupanc Terglav, Špela Selak, Mitja Vrdelja, Miha Boris Kaučič, Branko Gabrovec 112

- Zdravljenje dojenčkov s kisikom v domačem okolju in izkušnje njihovih staršev
Home oxygen therapy in infants and the experiences of their parents
Marija Korelc, Jožica Ramšak Pajk 119

- Razlike med ocenjevanjem in samoocenjevanjem kliničnega usposabljanja s strani kliničnih mentorjev in študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin
Differences between the evaluation of clinical training by clinical mentors and selfevaluation by the students of the Angela Boškin Faculty of Health Care
Sedina Kalender Smajlovič, Marta Smodiš 128

- Vloga prve skrbstvene sestre Angele Boškin pri profesionalizaciji slovenske zdravstvene nege: zgodovinska raziskava življenjepisa (1912–1944)
The role of the first 'social care nurse' Angela Boškin in the professionalization of Slovenian nursing care: historical biographical research (1912–1944)
Brigita Skela-Savič 137

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK / REVIEW ARTICLE

- Etične dileme pri izvajanju zdravstvene nege v enoti intenzivne terapije: pregled literature
Ethical dilemmas in the implementation of nursing care in intensive care unit: literature review
Sedina Kalender Smajlovič 157

- Errata: 53(1), p. 10. 169

