

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



48(2)
Ljubljana 2014

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:

izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič

Urednica, izvršna urednica:

pred. Andreja Mihelič Zajec

Urednica, spletna urednica:

doc. dr. Ema Dornik

Uredniški odbor:

- **viš. pred. mag. Branko Bregar**, Psihiatrična klinika Ljubljana, Slovenija
- **doc. dr. Ema Dornik**, Institut informacijskih znanosti Maribor, Slovenija
- **doc. dr. Sonja Kalauz**, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Hrvaška
- **viš. pred. dr. Andreja Kvas**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Slovenija
- **viš. pred. mag. Mateja Lorber**, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Slovenija
- **pred. Andreja Mihelič Zajec**, Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, 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
- **doc. dr. Melita Peršolja**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **viš. pred. mag. Mirko Prosen**, Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Slovenija
- **izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič**, Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Slovenija
- **prof. dr. Debbie Tolson**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, Velika Britanija

Lektorica za slovenščino:

Ana Božič

Lektorica za angleščino:

Tina Levec

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 (2014): 10 EUR za dijake, študente in upokojece; 25 EUR za posameznike - fizične osebe; 70 EUR za pravne osebe.

Naklada: 1420 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna 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 2014 Letnik 48 Številka 2
Ljubljana 2014 Volume 48 Number 2

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

PREDSTAVITEV, NAMEN IN CILJI

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

Revija pomembno prispeva k profesionalnemu razvoju zdravstvene nege in babištva ter drugih zdravstvenih ved v Sloveniji, državah Balkana ter državah širše centralne in vzhodno evropske regije, ki jih povezujejo skupne značilnosti razvoja zdravstvene nege v postsocialističnih državah.

Revija ima vzpostavljene mednarodne standarde na področju publiciranja, mednarodni uredniški odbor, širok nabor recenzentov in je prosto dostopna v e-obliki. Članki v Obzorniku zdravstvene nege so recenzirani s tremi zunanjimi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja članke v slovenskem in angleškem jeziku 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 v izdaji Centralnega higienskega zavoda v Ljubljani.

Obzornik zdravstvene nege indeksirajo: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), COBIB.SI (Vzajemna bibliografsko-kataložna baza podatkov), Biomedicina Slovenica, dLib.si (Digitalna knjižnica Slovenije).

SLOVENIAN NURSING REVIEW

INTRODUCTION, PURPOSE AND OBJECTIVES

Published in the Slovenian Nursing Review (Slov Nurs Rev) are the original and review scientific and professional articles and the news on current events in the field of nursing, midwifery and other interdisciplinary health and social sciences. The articles explore the developmental paradigms of the relevant fields in accordance with their scientific, theoretical and philosophical bases, which are reflected in the experimental and non-experimental research, qualitative studies and reviews. The articles consider nursing and other health sciences as scientific and professional disciplines and include the key dimensions of their development such as theoretical concepts, models, ethics and philosophy, clinical practice, health promotion, the development of practice and more demanding modes of health care delivery, education, management, quality and safety, health policy and others.

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

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

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

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

KAZALO/CONTENTS

UVODNIK/LEADING ARTICLE

- Critical issues in nursing education in Croatia
Pereči problemi izobraževanja na področju zdravstvene nege na Hrvaškem
Sonja Kalauz 76

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Anonymous: the problems, dilemmas and desires of Slovenian adolescents in online counselling
Anonimno: problemi, dileme in hrepenenja slovenskih mladostnikov v spletni svetovalnici
Ksenija Lekić, Nuša Konec Juričič, Petra Tratnjek, Marjan Cugmas, Darja Kukovič, Borut Jereb 78

- Organizational culture in general hospitals and its relationship with job satisfaction
Organizacijska kultura v splošnih bolnišnicah in njena povezanost z zadovoljstvom zaposlenih
Katja Skinder Savič, Brigita Skela-Savič 88

- Verbalno in posredno nasilje v urgentni dejavnosti
Verbal and indirect violence in emergency services
Karmen Jerkič, Katarina Babnik, Igor Karnjuš 104

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Dejavniki gibalne aktivnosti in z zdravjem povezane kakovosti življenja
Factors influencing leisure-time physical activity and health-related quality of life
Renata Slabe Erker, Simon Ličen 113

- Vpliv prehranskih terapij na preprečevanje presnovnega sindroma
The influence of nutritional therapy on the prevention of metabolic syndrome
Domen Viler, Tadeja Jakus, Klavdija Viler, Tamara Poklar Vatovec 127

- Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature
Care for people with depression in Slovenia: literature review
Vesna Zupančič, Majda Pahor 136

Leading article/Uvodnik

Critical issues in nursing education in Croatia

Pereći problemi izobraževanja na području zdravstvene nege na Hrvatskem

Sonja Kalauz

Taking into consideration the latest guidelines of the education strategies (Directive 2005/36/EC and Directive 2013/55 EC) the focus of nursing education needs to be placed on acquisition of knowledge and skills which refer to: recognition of health needs of individuals and the community/society; ways and models of communication and collaboration with other health workers (teamwork) and health and social institutions; developing partnership with the patients, other people and targeted groups. The education system should prepare nurses not just for the application of what has been learned – more precisely, for administering nursing care, health promotion and disease prevention - but for a continuous monitoring and quality control of executed work.

Today nursing is mostly spoken of and written about as a highly-developed profession with its own regulations and legislation, its own identity, autonomy and well-organized professional associations. In sociology the term *profession* is defined as an occupation which has a monopoly on expertise in a particular area, and which requires long-lasting education ending at doctoral level and is recognized as such in the society (Štifanić, 2012).

The most important aspect of professionalisation is achieving as high a level of independence as possible, development of scientific work and correlation of theory and practice, but also the development of skills and knowledge which the society will recognize as the fundamental characteristic of a specific profession and as something it requires.

It is precisely in that area that nurses are faced with numerous difficulties. Strong professionalisation in health institutions constantly imposes the need for clear professional demarcation in the area of professional and moral responsibility, autonomy and competences.

This problem is particularly noticeable in the relationship between doctors and nurses and the differences in their views, attitudes, mind set and interpretation (Matulić, 2007).

Key nursing reformers (Bradshaw, 2011) have

always been aware of the fact that a good educational system enables achieving high standards of excellence and diminishes the gap in the perception of the value of each respective profession.

These issues have become particularly prominent after Croatia gained independence, where a four-year war significantly determined the characteristics of a new social order as well as the dynamics of such change (Kalauz, 2011). The changes in the educational system in the 1990s also affected nursing and they were marked by political, ideological and institutional deconstruction of socialist educational system, which was not implemented according to systematic curricula-guidelines or adopted strategic documents. The period after 2000 was marked by a process of Europeanization of national educational policy which was '*characterized by implementing changes with new benchmarks and new strategic documents based on the current European educational goals*' (Žiljak, 2005). In the field of nursing education key changes have occurred, the consequences of which are still present today. The introduction of Bologna process in Croatia started in 2001, but it was only in 2005 that all study programmes were harmonised according to its principles. That same year a binary model of education was introduced which implied the organization and implementation of professional studies (at polytechnics and universities of applied sciences) and university studies. Nursing education remained at a professional level which prevented vertical mobility to doctoral level. General nursing study programmes, regardless of where they are carried out, should have met the minimal standards of the Directive 2005/36 EC (at least three years of study, 4,600 teaching hours, out of which 50 % comprised practical training and 2/3 of content related to the field of nursing (Annex 5). Even though content regulated by the Directive equates university and professional studies, binary education system in Croatia has and still discriminates against the students of professional nursing study

Sonja Kalauz, PhD, MSc, MBA, RN, Assistant Professor, University for Applied Health Studies Zagreb, Mlinarska 38, 10 000 Zagreb, Croatia
Correspondence e-mail/Kontaktirni e-naslov: sonja.kalauz@zvz.hr

Received/Prejeto: 28. 4. 2014

Accepted/Sprejeto: 11. 5. 2014

programmes because those students cannot continue their studies at university graduate level, much less at doctoral level.

For that reason, in 2011, Split and Osijek School of Medicine introduced university undergraduate and graduate nursing studies, and Zagreb School of Medicine introduced a university graduate study programme (Romic, 2005). That same year a five-year secondary education for general nurses was introduced (2+3, after eight years of primary education), whose content was in accordance with the Directive 2005/36 EC and Directive 2013/55 EU which recommend:

- 12 years of general education attested by a diploma, certificate or other evidence issued by the competent authorities or bodies in a Member State, or a certificate attesting success in the exam of an equivalent level and which provides access to universities or equivalent institutions of higher education, or
- at least ten years of general education attested by a diploma, certificate or other evidence issued by the competent authorities or bodies in a Member State, or a certificate attesting success in the exam of an equivalent level and which provides access to vocational school or a vocational training programme in nursing.

This duality of the Directives encourages different interpretations, which in turn allows some European Union (EU) member states to have a wider framework for creating nursing education policy. Consequently, some countries may introduce programmes that meet the minimal standards of education, but in the long term certainly harm the nursing profession, and in particular the level of quality of nursing care.

When comparing the minimal standards of the Directive 2005/36 with the competences regulated by the Directive 2013/55 EC - such as the competences to: *independently diagnose nursing care required using current theoretical and clinical knowledge; plan, organise and implement nursing care when treating patients; independently assure the quality of, and evaluate nursing care; work together effectively with other actors in the health sector; participate in practical training of health worker; professionally communicate and cooperate with members of other professions in the health sector; empower individuals, families and groups towards healthy lifestyles and self-care based on acquired knowledge and skills* - it is evident that allowing access to nursing profession after completing ten years of general education at vocational schools or vocational training programmes in nursing care – will not contribute to the development of the aforementioned competences.

The lack of precisely defined standards in the

educational vertical structure in any profession, including the nursing profession, puts to the test all other processes of professionalisation (development of scientific work and research, scientific field autonomy, social recognisability and class-equality), but also a recognisability in terms of organizational structure needs in health institutions. As long as the unique educational entry level to nursing profession and clear educational vertical structure enabling education at doctoral level are not defined, and until the need for well-educated nurses employed at clearly defined positions at all levels of scientific and health institutions is recognized submissiveness will remain the expected behaviour pattern of nurses.

Literature

Bradshaw, A., 2011. The future of clinical nursing: meeting the needs of patients for compassionate and skilled nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 1797–1800.

Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications (Text with EEA relevance). Available at: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF> [13. 5. 2014].

Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System ('the IMI Regulation') (Text with EEA relevance). Available at: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:354:0132:0170:en:PDF> [13. 5. 2014].

Kalauz, S., 2011. Nursing profession in light of bioethical pluriperspectives. *Pergamena*, pp. 203 – 223.

Matulić, T., 2007. Nursing identity, profession and ethics [in Croatian]. *Bogoslovska smotra: Ephemerides Theologicae Zagradienses*, 77(3), pp. 727–44.

Romic, D., 2005. The Bologna Declaration [in Croatian]. Zagreb: Ekscentar, Student Assembly of the University of Zagreb, Faculty of Geometry, 7, pp. 10–11.

Štifanić, M., 2012. What do nurses do at university? What types of nurses do we need? [in Croatian], Rijeka: Association for Patient Rights (HPPP).

Žiljak, T., 2005. Lifelong learning policy in the European Union and Croatia. [in Croatian]. *Političko obrazovanje*, 1(1), pp. 67–95.

Cite as/Citirajte kot:

Kalauz, S., 2014. Critical issues in nursing education in Croatia. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2) pp. 76–77.
<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.15>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

Anonymous: the problems, dilemmas and desires of Slovenian adolescents in online counselling

Anonimno: problemi, dileme in hrepenenja slovenskih mladostnikov v spletni svetovalnici

Ksenija Lekić, Nuša Konec Juričič, Petra Tratnjek, Marjan Cugmas, Darja Kukovič, Borut Jereb

Key words: online counselling; online questions; coding; problem typology; mental health

Ključne besede: samoocena zdravja; mladostniki; vedenja; trendi

Ksenija Lekić, BSc in Journalism, National Institute of Public Health, Ipavčeva 18, 3000 Celje, Slovenia
Correspondence e-mail/
Kontaktirni e-naslov: ksenija.lekic@zzv-ce.si

Nuša Konec Juričič, M. D., Specialist in Public Health, National Institute of Public Health, Ipavčeva 18, 3000 Celje, Slovenia

Petra Tratnjek, BSc in Sociology, National Institute of Public Health, Ipavčeva 18, 3000 Celje, Slovenia

Marjan Cugmas, BSc in Social Informatics, University of Ljubljana, Faculty of Social Sciences

Darja Kukovič, BSc in History and Political Science, University of Maribor, Faculty of Logistics, Mariborska 7, 2000 Maribor

Asis. Prof. Borut Jereb, PhD, University of Maribor, Faculty of Logistics, Mariborska 7, 2000 Maribor

ABSTRACT

Introduction: Online counselling represents a new medium for finding health information. The aim of the research is to determine the importance of analysis of adolescents' issues in order to understand their problems, needs and desires.

Methods: In 2012 the system for the classification of questions by the type of problem was introduced. In relation to the contents the questions were first sorted to the parent category then followed by the categorization according to the subject matter. The calculation comprised the portions, averages and quartiles, and in some cases even Cramer's V coefficients. The analysis covered the entire defined population (3,257 coded questions).

Results: Most of the users are girls (76 %), the most representative group encompasses adolescents aged between 14 and 17 years (57 %). Most questions were grouped into the categories Sexuality and sexual health (24 %), Relationships (23 %) and Body (20 %). The length of posts increases with the age of the user (Cr's V = 0.18), but differs by the gender (a higher proportion of longer questions (Cr's V = 0.15) were posted by girls) and the themes (Cr's V = 0.31).

Discussion and conclusion: The categorizing of questions is suitable for the identification and analysis of adolescents' problems, needs and desires. Regular categorisation of questions with analysis will serve as a useful research tool for youth work.

IZVLEČEK:

Uvod: Spletne svetovalnice predstavljajo nov medij za iskanje informacij o zdravju. Cilj raziskave je ugotoviti pomen analiz vprašanj mladostnikov za razumevanje njihovih problemov, potreb in hrepenenj.

Metode: Leta 2012 je bila uvedena katalogizacija vprašanj spletne svetovalnice glede na tipologijo problemov. Vprašanja so bila glede na vsebino sproti razvrščena v krovno kategorijo in nato pod več vsebinskih tem. Izračunani so bili deleži, povprečja ter kvartili, v nekaterih primerih Cramerjevih V koeficientov. Analiza je zajela celotno opredeljeno statistično populacijo (3.257 kodiranih vprašanj), obiskovalcev spletne svetovalnice, v obdobju med 1. januarjem 2012 in 31. decembrom 2012.

Rezultati: Večino uporabnikov predstavljajo dekleta (76 %), najbolj reprezentativno skupino mladostnikov pa stari med 14 in 17 let (57 %). Največ vprašanj je bilo razvrščenih v kategorije spolnost in spolno zdravje (24 %), odnosi (23 %) in telo (20 %). Dolžina objav raste s starostjo uporabnika (Cr's V = 0,18), razlikuje pa se tudi glede na spol uporabnika (dekleta so objavila večji delež daljših vprašanj (Cr's V = 0,15)) in tematiko (Cr's V = 0,31).

Diskusija in zaključek: Katalogizacija vprašanj je primerna za identifikacijo in analizo problemov, potreb in hrepenenj mladostnikov. Redna periodična klasifikacija vprašanj z analizami bo služila kot uporabno raziskovalno orodje za delo z mladostniki.

Introduction

The Web is increasingly gaining importance as a source of information about the issues that interest adolescents. Additional light on the use of online technologies and everyday practices on the Internet was shed by the study on Slovenian adolescents Youths and the Net. The use of Internet was greatest in adolescents between 15 and 19, of which more than 80 % used the Internet every day (Lobe & Muha, 2011; Rapuš Pavel, 2012). The findings of similar recent research projects in Slovenia also show that the use of Internet does not supplant the direct communication of young people in real environments, while the use of Internet social networks offers psychologically less stable young people more secure environment (Rapuš Pavel, 2012).

The use of the internet is recently also a part of the broader context of health information resources. More recent studies of adolescent health information sources have also included the internet and the results show that the use of this medium by adolescents is increasing rapidly (Borzekowski & Vaughn, 2001b; Hansen, et al., 2003; Skinner, et al., 2003; Gray, et al., 2005; Ybarra & Suman, 2006; Mishna, et al., 2008). For adolescents, the Internet can serve as an important tool in acquiring health information for several reasons: first, adolescents can easily access this medium; second, the Internet offers adolescents a confidential and less threatening way to get information that might otherwise be difficult or compromising to obtain; third, the interactive nature of the Internet can provide adolescents 'personalized' information (Borzekowski & Vaughn, 2001a, pp. 813-814).

Online counselling

Over the past decade when millions of people worldwide gained access to the Internet, online counselling has arisen as a new counselling modality. Since its inception, the demand for online counselling is increasingly growing, since it enables healthcare available to anyone who receives care without the physical presence of a counsellor. As the numbers of individuals, including children and youth, who seek online counselling escalates, mental health professionals and organizations are increasingly offering online counselling and other online services (Mishna, et al., 2008).

The online counselling is an ideal medium through which to reach adolescents not only because many of them have access to the Internet and are not restricted by geographical or physical constraints, but also because many youth feel comfortable with the Internet, and may be embarrassed to seek therapy or support in a face-to-face situation (Suler, 2004; Young, 2005; Chester & Glass, 2006; Bambling, et al., 2008; Mishna, et al., 2008; Burns, et al., 2010). Anonymity

within online counselling – in addition to protecting their personal data – is also a mental category, which can be described as a psychological anonymity, which enables to maintain client's self-assurance, personal dignity, and also the projection of an 'ideal counsellor' (Schultze, 2006). The study on changes in behaviours related to adolescent health in Slovenia between 2002 and 2010 found that the share of adolescents who find it easy to talk about the things of their interest with their parents, was in decline (Jeriček Klanšek, et al., 2013). As the adolescents keep their anonymity, the online counselling space is viewed as a safe environment to discuss personal issues. Slovenian adolescents often say they would not be able to discuss many of the issues revealed anonymously on our website face-to-face or would be dissuaded from seeking help at all by the feelings of doubt and shame (Lekić, et al., 2009a). Gender differences amongst adolescents may occur in using a clinical service when it comes to mental health issues (Burns, et al., 2010). There are also gender differences in using online counselling: Adolescent boys seek online help less often than girls (Glasheen & Campbell, 2009).

'Most wanted' topics

Slovenian adolescents use the Internet to obtain information especially on topics such as romantic relationships, sexuality and health (Lobe & Muha, 2011). These are the topics that are of interest to adolescents worldwide (Subrahmanyam, et al., 2004; Suzuki & Calzo, 2004; Trompetter, 2004; Valkenburg & Peter, 2011).

An especially sensitive area for online counselling is comprised of questions related to self-harm and suicidality (Ekman & Söderberg, 2009; Fiedorowicz & Chigurupati, 2009; Murray & Osborne, 2009; Narang & Lippmann, 2009; Pejovic Milovancevic, et al., 2009; Rajagopal, 2009; Sándor, 2009; Stone, et al., 2009). In England, the rates of suicide among young persons (15-34 years old) have been declining for the past decade, coinciding with the time of the dramatic growth of the internet use (Narang & Lippmann, 2009, p. 18).

Online counselling skills

Within the context of online counselling we cannot ignore certain sceptical views of the Web as a place to seek counsel and the many pitfalls of online counselling practice. In online counselling, we keep in view both the positive and the negative aspects of such approach (Lekić, et al., 2009b). What is missing are clearly defined methods of providing Internet counselling that have been evaluated for effectiveness and that form the basis of empirically-based approaches in this new medium (Mallen, et al., 2005). Certainly there is a difference between synchronous communication that

occurs in real time and require direct responses and social interactions, and asynchronous communication, where there is a significant amount of time between responses and may be more task-oriented (Trepal, et al., 2007).

The counsellor needs to compensate face-to-face communication by entering the client's mental constructs via the written word (The Nature of the therapeutic relationship within online counselling, 2011, p. 12), therefore the examination of this area is very important.

Online counselling service 'To sem jaz / This is Me'

The online counselling service was one of our responses to the life-style and communication needs in today's adolescents. The online counselling service was founded by the National Institute of Public Health in Celje in 2001 ('To sem jaz' / 'This is Me', 2014). It was the first Web-based counselling service in the field of public health in Slovenia that gave adolescents online access to various experts without waiting times and referrals. Online communication and counselling within the 'This is Me' programme is one of the two key areas of proactive prevention work with adolescents. The second area comprises prevention workshops based on the concept of 10 steps to a better self-esteem, intended for classroom implementation in the school environment (Tacol, 2010). The basic mission of the programme is to raise the level of organized mental-health care for adolescents. It aims to promote a positive and realistic self-perception, social communication, useful life skills and other elements of mental health (Lekić, et al., 2010). The 'This is Me' programme has received six national and international awards. It has been noted as an example of good practice in publications by the European Commission (Braddick, et al., 2009) and the World Health Organization (Stengard & Appelqvist-Schmidlechner, 2010).

During thirteen years of continued operation the 'This is Me' portal has grown into a popular online counselling service. It provides an anonymous, free and simple public access to expert advice. The online counselling team consists of 60 professionals from the field of medicine, psychology, social care and education. They include medical specialists in different fields (school physician, paediatrician, family physician, gynaecologist, epidemiologist ...), psychologists, psychotherapists and other experts (social and sports counsellors, social workers etc.). They are all volunteers from various institutions. Up to now, they have answered 31,700 questions about varied dilemmas and distresses encountered while growing up.

In order for the online counselling service to develop, we need to study and understand the content of online communication between the adolescents and experts. The online counselling service has proven its

value as a convenient platform for adolescents to seek advice and open up without fear. However, we need to listen to their voices systematically and closely to understand them better.

Aims and objectives

The editors of the 'This is Me' service sought a deeper insight into the issues brought forward by the adolescent's question. This goal became attainable through introduction of daily, real-time categorisation of incoming questions. Classification according to issue typology was seen as a promising development in the online counselling activity that would provide a comprehensive overview of the question content and improve the understanding of counsel seekers. The typology and analysis of the issues will enable a more transparent documentation of questions and a more relevant display of the counselling website content. By regularly categorising the questions we build a powerful research tool to be used in the field of youth work. We expect our investment into a real-time and consistent categorisation of incoming questions, presented in the form of a systematic online catalogue, to contribute towards improved understanding of the lives of adolescents, an especially vulnerable population in the context of health promotion.

With this research we would like to prove or find out, if the categorising of the questions and systematic online catalogue in the hereinafter gives relevant adolescents' data to identify and analyse their problems, needs and desires.

Methods

First, we used a qualitative method, which was performed by using descriptive and non-experimental likelihood research methods. In this context, classification method according to issue typology was made with the assistance of descriptive method and non-experimental causal research method using the catalogue to categorise issues. The data were collected using coding technique: First, the method of analysis of data was made and second, method of synthesis to categorise questions was used.

Second, we used quantitative method to process some data automatically recorded in the database at the questions' posts and which are essential for its proper functioning. Such are, for example, the time and date of publication issue of the user and the time and date of the first response of the editorial board (usually the reply of the counsellor). Some data were calculated from the questions themselves: the number of characters and issues of the first publication of the editorial board without spaces (the length of questions and the length of response).

In the programming language *R* we have passed the basic descriptive analysis: we calculated proportions,

averages and quartiles. When it was applicable, we also calculated the coefficient of associations namely Cramer's V coefficient (also Cramer's alpha coefficient or Cr's V), which can take the values between 0 and 1, where 1 means a perfect correlation. We decided to use Cramer's alpha coefficient due to highly asymmetric distribution of phenomena under examination (the length of questions and answers and response times) as well as the possibility of simple and understandable interpretations. All calculated coefficients are comparable to each other, since the Cr's V is not sensitive to the number of units and the size of the contingency tables (Cramér, 1946). Since the analysis is performed at the population level (questions online counseling 'This is Me'), there was no statistical test.

Description of the instrument

Drawing from the editors' experience and knowledge of the issues, the online counselling service 'This is Me' developed a detailed online catalogue used to categorise questions. Each new forum topic created by an adolescent seeking expert counsel is entered into the catalogue under its respective category.

The online catalogue (code table) is a tree-structured file defining several research categories such as (top-level) category, (general) topic, subtopic, gender, age and other. The descriptions are accompanied by category codes. The code table defines 11 top-level categories as follows: (1) Body, (2) Sexuality, (3) Sexual health, (4) Mental health, (5) Drugs and addiction, (6) Relationships, (7) Physical health, (8) Problems at school, (9) Attitude towards society, (10) Opinions, (11) Forwarded questions. These 11 categories are further divided into subcategories. The code table contains 90 subcategories (topics). For example, the top-level category Body contains the following subcategories: Physical maturation; Nutrition; Sports, physical activity and body shaping; Weight; Negative body-image; Body decorations; Other. The content of each forum topic is thus assigned a code from the tree-structured code table. One forum topic (i.e. one online post for the attention of the experts) can contain several questions from more than one field. Therefore each post (forum topic) is first assigned a general topic and linked to any related topics. The general topic identifies the main focus of the adolescent's post. The general topics are re-coded into parent (top-level) categories.

Description of the sample / population

In 2012, adolescents have addressed 3,888 questions to our experts (online counsellors), of which 3,257 have been assigned codes that represent the whole population - posts by the adolescents received within one year between 1st January 2012 and 31st December 2012. It was not possible to count the number of

adolescents, as their questions have been anonymously posted.

The difference between the number of all questions submitted and the number of codes - 631 in our case - stems from the sub-questions submitted by the adolescent after receiving a reply. Namely, only the original post/question is assigned codes while subsequent ones are not as the subsequent questions are usually a continuation of the original post. The codes were assigned by qualified personnel, usually the editor or her assistant in her absence. This way, a consistent encoding was achieved.

For the purpose of our research, we analysed all coded posts. It would not have been enough to analyse only a sample as every question submitted in the given time period needed to be considered to make sure we recorded the most severe issues that are usually implied only in a fraction of all posts. When all questions in a given time period are classified no implied issue can be missed.

A technical analysis of the 'This is Me' website by the Google Analytics tool shows that the website was viewed almost 500,000 times in 2012. The Web address of 'This is Me' was visited by more than 110,000 users. Almost 40 % of visitors have visited the website before (repeated visits). The most visited section of the website was the online counselling service itself (a third of the total traffic).

Anyway, our target population of counselling service users was adolescents aged between 14 and 17.

Data analysis

The study took place in 2012 and was supported by the National Institute of Public Health in Celje, Slovenia. Data were collected anonymously and processed by qualitative and quantitative methods. An example of a forum topic and its codes is shown on Figure 1.

The example (Figure 1) was categorised into the top-level category Relationships and its subcategory Friendship. The post was further categorised according to related topics implied by the adolescent as her relationship issues are also connected to peer relations (category Relationships), feelings of anxiety (category Mental health) and problems at school (category Problems at school). The poster's gender could be determined from the post too. The exact age was not given, however, an age group could be assigned.

Results

The coding - analysis by problem typology - included 3,257 forum topics (questions by adolescents). In continuation we present some of the key findings providing insight into the This is Me online counselling service and its users.

Girls account for the majority of active counselling service users. In 2012, girls submitted 76 % of all

Nickname: CutiePie

Topic title: SOS Friends

Hi! I go to grade six and I don't have many friends. The girls in my class hang out in twos or fours. I get along with all of them well but I think I need a new friend. I always feel left out. I can't sleep at night and my stomach aches because I worry about school. What is wrong with me? Where will I find my best friend? What do I have to do?

Please help. CutiePie :(

Coding of the post:

- General topic: Friendship / Top-level category: Relationships
- Content connections: Peer relations / Relationships
- Content connections: Anxiety / Mental health
- Content connections: Other / Problems at school
- Gender: female
- Age: 10–13 years

Figure 1: Example of coding the question by type of problem

Slika 1: Primer kodiranja vprašanja glede na tipologijo problema

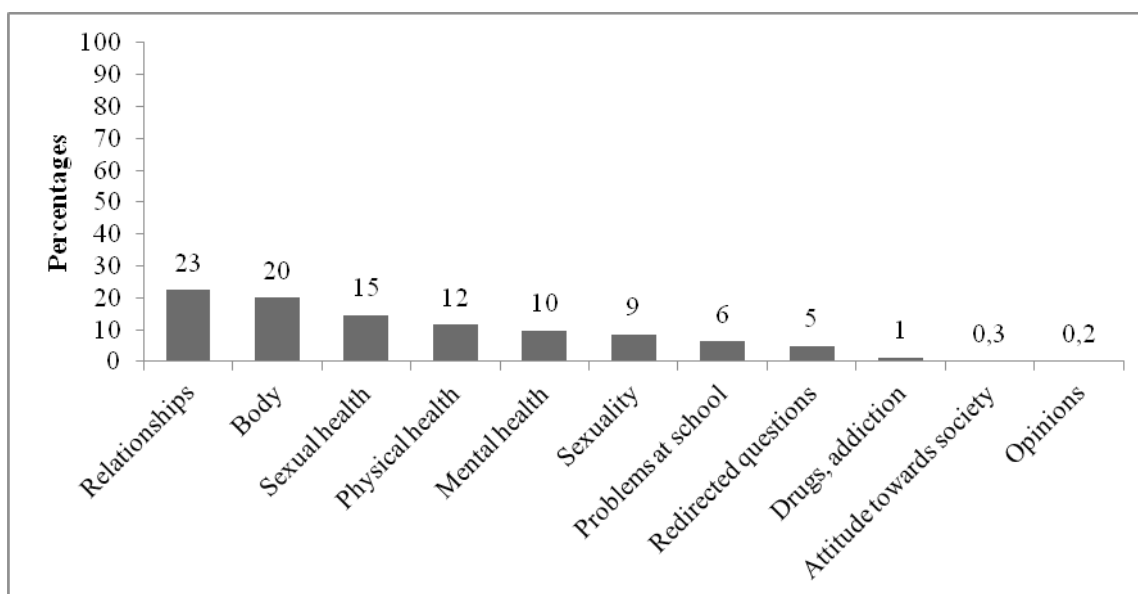


Figure 2: Percentage of online questions by top-level category in 2012

Slika 2: Odstotek spletnih vprašanj v letu 2012 po krovnih kategorijah

questions and the rest (24 %) were submitted by boys. The best represented age group was 14 to 17 years (58 %). 25 % of users belong to the youngest age group (10 - 13 years). Users submit most questions in the afternoon, evening and at night; boys between 8 pm and 10 pm while the girls are more active in the afternoon.

Figure 2 shows the distribution of questions by top-level category. The category Sexual health contains the topics on contraception, sexually-transmitted diseases, gynaecological examination, genitals, etc. The category Sexuality contains the topics on sexual

needs, masturbation, deciding to engage in sexuality, sexual relationships, etc. The category Relationships contains the topics on infatuation, love, relationships in family, relationships with peers, deviant behaviour, etc.) The category Body contains the topics on physical maturation, nutrition, exercise and body image. The category Physical health contains the topics on minor and major diseases, allergies, skin, eyes, oral health, injury and medication. The category Mental health contains the topics on communication issues, emotions, stress, low self-esteem, eating disorders, self-harming behaviours, grieving, anxiety, depression

and suicide. The least represented categories are Problems at schools, Forwarded questions (where users are referred to a more appropriate service), Drugs and addiction, Attitude to society and Opinion.

An analysis of general topics (subcategories) reveals that the most commonly appearing questions on the This is Me online counselling service are related to the following content: Infatuation and love (12 %) and Physical maturation (11 %). Different age groups are typically concerned with different general topics. The topics Low self-esteem and Infatuation are among the top ten topics in all age groups except in the >21 age group. In 2012, the questions submitted by the youngest users – children aged between 10 and 11 – dealt predominantly with topics of physical maturation, body weight, infatuation, masturbation, poor body image, relationships and emotions.

In 2012, 148 questions submitted by users were found to reflect the most severe distress. In the complete database of 3,257 questions, the topics dealing with the most difficult issues account for 4.5 % of all questions. The 148 examples of severe issues were assigned 183 topic codes as shown in Table 1. These topics are treated as a special subset of the most difficult questions. The largest share of the most difficult issues has appeared in a group of users between the ages of 18 and 21 years (8.9 % of all issues in this age group). 24 % of the hardest questions deal with self-harming behaviour.

Table 1: Cases with the most severe issues in 2012
 Tabela 1: Primeri z najtežjo problematiko v letu 2012

Issues	Number of cases
Self-harming behaviour	43
Suicidality	33
Eating disorders	30
Depression	29
Sexual abuse	16
Domestic violence	15
Severe physical disease (e.g. cancer)	10
Teen pregnancy	5
Psychiatric disease (e.g. psychosis)	2
Total	183

The length of posts by adolescents and experts (characters without spaces) was also analysed. 75 % of posts by adolescents contain 585 or less characters without spaces. The posts by our experts exceeded the posts by users in length, 75 % of experts' responses contains 807 characters without spaces or less. The longest question contained 7,189 characters without spaces. The longest reply by our expert contained 7,267 characters without spaces. Both longest posts deal with the most difficult topics.

The likelihood of a post exceeding 500 characters increases with age (Cr's $V = 0.18$). The post length is

also related to the type of problem described by the adolescent (Cr's $V = 0.31$). The largest share of posts exceeding 500 characters without spaces appears in the category Mental health (53 %). The shortest posts appear under the category Sexuality (14 %).

Differences in shares of posts longer than 500 characters without spaces also exist according to gender (Cr's $V = 0.15$). Girls have announced 36 % of posts longer than 500 characters without spaces, and boys 20 %.

The length of expert posts is most strongly associated with content issues (parent category) (Cr's $V = 0.56$), and the length of questions (Cr's $V = 0.39$).

The longer answers are characterized in particular for the categories related to Mental health, Relationships and Problems at school, and shorter responses for the categories related to physical health, such as Sexual health, Body and Physical health. With the length of the response gender (Cr's $V = 0.08$) and age (Cr's $V = 0.06$) are negligible weak associated.

We examined the time required for the adolescent to receive a reply to their question as an important indicator of our online counselling activity. 25 % of users received a reply within two days or less, 50 % in three days or less. The majority of users (75 %) received an expert's reply within five days or less. Some even received the reply on the same day.

Discussion

As the Web is increasingly gaining importance as a source of information about the issues that interest adolescents, the use of the internet is recently also a part of the broader context of health information resources for them. As the adolescents keep their anonymity, the online counselling space is viewed as a safe environment to discuss personal issues. The analysis of the This is Me website shows that in 2012 the website was viewed almost 500,000 times and the Web address ('To sem jaz' / 'This is Me', 2014) was visited by more than 110,000 users. The most visited section of the website was the online counselling service itself.

Classification according to the issue typology was seen as a promising development in the online counselling activity that would provide a comprehensive overview of the question content and improve the understanding of counsel seekers. The typology and analysis of issues will enable a more transparent documentation of questions and a more relevant display of the counselling website content. By regularly categorising the questions we build a powerful research tool to be used in the field of youth work.

The research project on Slovenia's largest and oldest online counselling service for adolescents included more than 3,000 questions posted by adolescents and categorised by issue typology. The new findings are relevant because of both, the extent of our investigative

efforts and the nature of data obtained in a unique setting of a virtual counselling community characterised by a great level of trust and sincerity in describing the issues concerning adolescents. The relevance of our research is furthered by the fact it provides an insight into the Slovenian adolescent population from its own perspective; its curiosity, desires, needs, dilemmas, hopes and life situations. As the virtual space gains prominence in the lives of today's adolescents, their transition into adulthood and problem solving become increasingly reflected there.

As the use of Internet in Slovenia is greatest in adolescents between 15 and 19, of which more than 80 % used the Internet every day (Lobe & Muha, 2011; Rapuš Pavel, 2012; Pirnat & Skela Savič, 2013), our programme succeeded in reaching out to our target population as more than half of counselling service users are aged between 14 and 17. 25 % of users are between 10 and 13 years of age. We find the number of younger users has been increasing over the years. We are aware of the dilemma regarding the suitability of these topics and the age group concerned. The discussions that develop in the online counselling setting are mostly generated by older adolescents.

An analysis of top-level categories shows that the questions are distributed almost equally among three best represented areas: Relationships, Sexuality and sexual health, Body (each category accounts for about a fifth of all questions) - very similar note to other Slovenian as well as authors around the world (Subrahmanyam, et al. , 2004; Suzuki & Calzo, 2004; Trompetter, 2004; Lobe & Muha, 2011, Valkenburg & Peter, 2011). Top-level topics are followed by the categories of physical and mental health. The adolescents report most issues in the area of mental health; they are related to communication problems, self-expression, emotional management and low self-esteem.

Girls speak about their issues and dilemmas more often than boys (76 % of questions are posted by girls), which coincides with the findings about gender differences in seeking or using the help when it comes to mental issues (Glasheen & Campbell, 2009; Burns, et al., 2010). Still, it is possible that boys, while posting fewer questions, still read the website content. Girls have announced 36 % posts longer than 500 characters without spaces, and boys 20 %.

The post length is also influenced by the type of problem described by the adolescent. In addition to the post gender and type of a problem, the likelihood of a post's length increases with age. The largest share of posts exceeding 500 characters (53 %) appears in the category Mental health. The shortest posts appear under the category Sexuality (14 %). The likelihood of a longer reply increases when an expert is responding to a question from the field of mental health, relationships and problems at school. The question length also associates the length of expert posts.

An especially sensitive area for online counselling

(a critical point) is comprised of questions related to the most severe issues. The major part of the most difficult questions deals with self-harm and suicidality. An analysis of post length reveals that certain topics require an in-depth counselling dialogue between the adolescent and the expert. The most serious issues and questions of mental health also coincide with post length. In many cases, cyber counselling is offered without key issues adequately addressed, such as counsellor-client boundaries, confidentiality and duty-to-warn in situations of abuse (Mallen, et al., 2005).

The online counselling activity is characterised by a good average response time of editors and counsellors as most users (75 %) receive their reply within five days or less. As this is asynchronous communication, where there is a significant amount of time between responses, according to Trepal et al. (2007) our service should be more task-oriented. The response times are mostly influenced by the availability of online counsellors and are as such defined by the size of the counselling team and the number of questions submitted. The number of counsellors grew from 7 experts in 2001 to 60 experts in 2014. While the counselling team is strong both in numbers and knowledge, the number of questions submitted has seen a significant rise.

While developing the programme, we have learnt from our experience that the Web can serve as a useful counselling tool and a supplementary form of help, if it is used carefully and with a keen sense for the adolescents. With a strong network of expert counsellors, the Web can be used creatively and gain prominence as a measure to support and protect the adolescents. We found that the role of an e-counsellor is mostly preventive. Online counselling is successful each time a counsellor succeeds in guiding an adolescent towards positive change (Lekić, et al., 2011). In the context of our online counselling service, while we are interested in the empirical impact of online counselling, it is not available to us. Our personal experience confirms that online counselling in its diverse forms is evolving into an important part of the current and future counselling practices and prevention efforts.

The developers of the 'This is Me' programme believe that the image of today's adolescents, as reflected online in the context of an emphatic and thoughtful counselling service, accurately portrays the characteristics of contemporary adolescents and their perception of reality. The only 'virtual' aspect is the platform through which expert counsel is obtained.

Conclusion

The research work of the 'This is Me' e-counselling service has demonstrated the importance of our online database that has grown to include 31,700 questions

and expert replies over its 13 years of operation. It is both extraordinary and unique as a source of learning more about our adolescents growing up.

The value of the database will continue to increase with the years. At the current stage we succeeded in investigating a tenth of the complete database (limited to 2012). A full insight into the changes undergone by the adolescent population from 2001 could be gained by an extensive analysis of the complete database compiled over more than a decade of operation. Such a project would, however, require significant resources in terms of funds, time and personnel. A more accessible option is a regular yearly analysis of questions, which would evolve to serve as a convenient, useful and relevant research tool for learning more about the spirit of the modern adolescent.

Literature

- Bambling, M., King, R., Reid, W. & Wegner, K., 2008. Online counselling: The experience of counsellors providing synchronous single-session counselling to young people. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, 8(2), pp. 110-116.
- Borzekowski, D.L.G. & Vaughn, I.R., 2001a. Adolescents cybersurfing for health information: a new resource that crosses barriers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(7), pp. 813-817.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.155.7.813>
PMid:11434849
- Borzekowski, D.L.G. & Vaughn, I.R., 2001b. Adolescents, the Internet, and health: issues of access and content. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 22(1), pp. 49-59.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0193-3973\(00\)00065-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0193-3973(00)00065-4)
- Braddick, F., Carral, V., Jenkins, R. & Jane-Llopis, E., 2009. *Child and adolescent mental health in Europe: infrastructures, policy and programmes*. Luxembourg: European Communities.
- Burns, J.M., Davenport, T.A., Durkin, L.A., Luscombe, G.M. & Hickie, I.B., 2010. The Internet as a setting for mental health service utilization by young people. *Medical Journal of Australia*, 192(11), pp. 22-26.
- Chester, A. & Glass, C. A., 2006. Online counselling: a descriptive analysis of therapy services on the Internet. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(2), pp. 145-160.
<http://dx.doi.org/10.1080/03069880600583170>
- Cramér, H., 1946. *Mathematical Methods of Statistics*. Princeton: Princeton University Press.
- Ekman, I. & Söderberg, S., 2009. 'Across the Street – Not down the Road' - staying alive through deliberate self-harm. In: Sher, L. & Vilens, A., eds. *Internet and suicide*. New York: Nova Science Publishers, pp. 221-232.
- Fiedorowicz, J.G. & Chigurupati, R.B., 2009. The Internet in suicide prevention and promotion. In: Sher, L. & Vilens, A., eds. *Internet and suicide*. New York: Nova Science Publishers, pp. 1-12.
- Glasheen, K.J. & Campbell, M.A., 2009. The use of online counselling within an Australian secondary school setting: a practitioner's viewpoint. *Counselling Psychology Review*, 24(2), pp. 42-51.
- Gray, N., Klein, J.D., Noyce, P.R., Sasselberg, T.S. & Cantrill, J.A., 2005. Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the Internet. *Social Science & Medicine*, 60(7), pp. 1467-1478.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.010>
PMid:15652680
- Hansen, D., Derry, H.A., Resnick, P.J. & Richardson, C.R., 2003. Adolescents searching for health information on the Internet: an observational study. *Journal of Medical Internet Research*, 5(4), p. e25.
<http://dx.doi.org/10.2196/jmir.5.4.e25>
PMid:14713653; PMCID:PMC1550572
- Jeriček Klanšček, H., Koprivnikar, H., Zupanič, T., Pucelj, V. & Bajt, M., eds., 2013. *Spremembe v vedenjih, povezanih z zdravjem mladostnikov v Sloveniji v obdobju 2002-2010*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
- Lekić, K., Konec Juričič, N., Šafran, P. & Jereb, B., 2009b. Web counselling for teenagers. In: Buijs G, ed. *Better schools through health: learning from practice: case studies of practice presented. Third European conference on health promoting schools, Vilnius, Lithuania, 15-17 June 2009*. Woerden: Netherlands Institute for Health Promotion; Vilnius: State Environmental Health Centre, pp. 43-50.
- Lekić, K., Konec Juričič, N., Tacol, A. & Šafran, P., 2009a. Primer preventivne prakse: mladinski program To sem jaz. In: Gaber, S., ed. *Za manj negotovosti: aktivno državljanstvo, zdrav življenjski slog, varovanje okolja*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, pp. 189-200.
- Lekić, K., Konec Juričič, N., Tratnjek, P. & Jereb, B., 2011. Slovenian practice story: 10 years of e-counselling service for teenagers. In: Stoicu-Tivadar, L., et al., eds. *E-health across borders without boundaries: proceedings of the EFMI special topic conference, Laško, Slovenia, 14-15 April 2011*. Amsterdam: IOS press, pp. 105-110.
- Lekić, K., Tratnjek, P., Tacol, A. & Konec Juričič, N., eds. 2010. *To sem jaz, verjamem vase: priročnik za fante in punce: 10 korakov do boljše samopodobe*. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo Celje.

- Lobe, B. & Muha, S., 2011. *Internet v vsakdanjem življenju slovenskih otrok in mladostnikov: mladi na netu*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mallen, M.J, Vogel, D.L. & Rochlen, A.B., 2005. The practical aspect of online counselling: ethics, training, technology, and competency. *Counselling Psychologists*, 33(6), pp. 776-818.
<http://dx.doi.org/10.1177/0011000005278625>
- Mishna, F., Tufford, L., Cook, C., Bogo, M. & MacFadden, R., 2008. *A manual on cyber counselling with children and youth*. Toronto: Faculty of Social Work, University of Toronto.
- Murray, C.D. & Osborne, J.S., 2009. Exploring self-injury and suicide in relation to self-harm discussion groups on the Internet. In: Sher, L. & Vilens, A., eds. *Internet and suicide*. New York: Nova Science Publishers, pp. 209-220.
- Narang, P. & Lippmann, S.B., 2009. The Internet: its role in the occurrence and prevention of suicide. In: Sher, L. & Vilens, A. eds. *Internet and suicide*. New York: Nova Science Publishers, pp. 13-20.
- Pejovic Milovancevic, M., Lecic Tosevski, D., Popovic Deucic, S. & Bradic, Z., 2009. Internet as a healing or killing tool in youth suicide phenomenon. In: Sher, L. & Vilens, A., eds. *Internet and suicide*. New York: Nova Science Publishers, pp. 197-208.
- Pirnat, J. & Skela Savič, B., 2013. Pomen interneta za zdravje mladostnikov in izzivi za vzgojo za zdravje v osnovnem zdravstvenem varstvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(4), pp. 309-316.
- Rajagopal, S., 2009. The Internet and suicide pacts. In: Sher, L. & Vilens, A. eds. *Internet and suicide*. New York: Nova Science Publishers, pp. 185-196.
- Rapuš Pavel, J., 2012. Psychological aspects of Internet use amongst youth in Slovenia. *Studia Edukacyjne*, 23, pp. 19-32.
- Sándor, K., 2009. The advantages and the disadvantages of the Internet in preventing suicide. In: Sher, L. & Vilens, A. eds. *Internet and suicide*. New York: Nova Science Publishers, pp. 21-40.
- Schultze N.G., 2006. Rapid communication: success factors in Internet-based psychological counselling. *Cyberpsychology & Behavior*, 9(5), pp. 623-626.
<http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2006.9.623>
 PMid:17034332
- Skinner, H., Biscope, S., Poland, B. & Goldberg, E., 2003. How adolescents use technology for health information: implications for health professionals from focus group studies. *Journal of Medical Internet Research*, 5(4), p. e32.
<http://dx.doi.org/10.2196/jmir.5.4.e32>
 PMid:14713660; PMCID:PMC1550577
- Stengard, E. & Appelqvist-Schmidlechner, K., 2010. *Mental health promotion in young people – an investment for the future*. WHO: Regional Office for Europe.
- Stone, D.M., Barber, C.W. & Posner, M., 2009. Improving public health practice in suicide prevention through online training: a case sample. In: Sher, L. & Vilens, A., eds. *Internet and suicide*. New York: Nova Science Publishers, pp. 63-80.
- Subrahmanyam, K., Greenfield, P.M. & Tynes, B., 2004. Constructing sexuality and identity in an online teen chat room. *Applied Developmental Psychology*, 25, pp. 651-666.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.appdev.2004.09.007>
- Suler, J., 2004. The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & Behavior*, 7(3), pp. 321-326.
<http://dx.doi.org/10.1089/1094931041291295>
 PMid:15257832
- Suzuki, L.K. & Calzo, J.P., 2004. The search of peer advice in cyberspace: an examination of online teen bulletin boards about health and sexuality. *Applied Developmental Psychology*, 25, pp. 685-698.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.appdev.2004.09.002>
- Tacol, A., 2010. *10 korakov do boljše samopodobe: priročnik za učitelje za preventivno delo z razredom: delavnice za mladostnike*. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo.
- The Nature of the therapeutic relationship within online counselling. (2011). Online Therapy Institute, pp. 1-30. Available at:
<http://onlinetherapyinstitute.com/2011/02/24/the-nature-of-the-therapeutic-relationship-within-online-counselling/> [22. 4. 2014].
- To sem jaz / This is Me*, (2014). Available at: <http://www.tosemjaz.net> [19. 5. 2014].
- Trepal, H., Haberstroh, S., Duffey, T. & Evans, M., 2007. Considerations and strategies for teaching online counselling skills: establishing relationships in cyberspace. *Counsellor Education and Supervision*, 46(4), pp. 266-279.
<http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6978.2007.tb00031.x>
- Trompetter, P.L., 2004. *Adolescent's willingness to utilize online counselling: dissertation*. Virginia: Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University. Available at:
<http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd-04052004-135825/unrestricted/LuntDissertation.pdf> [12. 5. 2014].
- Valkenburg, P.M. & Peter, J., 2011. Online communication among adolescents: an integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), pp. 121-127.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.08.020>
 PMid:21257109

Ybarra, M.L. & Suman, M., 2006. Help seeking behaviour and the Internet: a national survey. *International Journal of Medical Informatics*, 75(1), pp. 29-41.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.07.029>

PMid:16129659

Young, K.S., 2005. An empirical examination of client attitudes towards online counselling. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(2), pp. 172-177.

<http://dx.doi.org/10.1089/cpb.2005.8.172>

PMid:15938657

Cite as/Citirajte kot:

Lekić, K., Konec Juričič, N., Tratnjek, P., Cugmas, M., Kukovič, D. & Jereb B., 2014. Anonymous: the problems, dilemmas and desires of Slovenian adolescents in online counselling. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 78-87.

<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.17>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

Organizational culture in general hospitals and its relationship with job satisfaction

Organizacijska kultura v splošnih bolnišnicah in njena povezanost z zadovoljstvom zaposlenih

Katja Skinder Savič, Brigita Skela-Savič

Key words: leadership; decision-making; collaboration between nurses and physicians; hierarchy; teamwork

Ključne besede: vodenje; odločanje; medpoklicno sodelovanje medicinske sestre in zdravniki; hierarhija; timsko delo

pred. mag. Katja Skinder Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org.

Correspondence e-mail/
Kontaktne e-naslov:
kskindersavic@vszn-je.si

izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič, viš. med. ses., univ. dipl. org.
Both/Obe: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice

The article is based on the MA thesis Katja Skinder Savič *Organizational culture in general hospitals and its correlation to job satisfaction/Organizacijska kultura v splošnih bolnišnicah in njena povezanost z zadovoljstvom zaposlenih* (2013).

Received/ Prejeto: 12. 4. 2014

Accepted/ Sprejeto: 27. 5. 2014

ABSTRACT

Introduction: Organizational culture is formed via communication, resolving conflicts, team work and interconnection. The aim of the study was to present the connections between organizational culture and job satisfaction indicators.

Methods: A quantitative descriptive approach was used. The study included nursing employees and medical practitioners in six Slovenian hospitals. A 30 per cent quota sample was used, with a response rate of 35.2 % ($n = 310$). The Organization Culture Assessment Instrument (OCAI) ($\alpha = 0,818$) and Index of Work Satisfaction ($\alpha = 0,921$) questionnaires were used. The data was processed with SPSS 20.0 statistical software by using the t -test, single variance analysis, correlation, factor and regression analysis.

Results: The greatest total average value among employees of both job groups with regard to organizational culture was the market ($\bar{X} = 28.21$) and hierarchy ($\bar{X} = 27.57$). Job satisfaction indicators (collaboration, leadership, decision-making, autonomy) can be explained in 20 % of cases with adhocracy organizational culture ($\beta = 0.318, p < 0.001$), market ($\beta = 0.219, p < 0.001$) and clan ($\beta = 0.161, p = 0.006$).

Discussion and conclusion: In Slovenian hospitals, control over work, abiding by the rules and attaining goals prevails. An overview of the literature reveals the influence of culture on satisfaction. Other factors affecting satisfaction, including stress and abuse of hierarchical power, should be studied.

IZVLEČEK

Uvod: Organizacijska kultura se oblikuje skozi komuniciranje, reševanje konfliktov, timsko delo in medsebojno povezovanje. Namen raziskave je bil prikazati povezavo organizacijske kulture z indikatorji zadovoljstva zaposlenih.

Metode: Uporabljen je bil kvantitativni opisni pristop. V raziskavo so bili vključeni zaposleni v zdravstveni negi in medicini v šestih slovenskih bolnišnicah. Oblikovan je bil 30% kvotni vzorec, odzivnost je bila 35,2 % ($n = 310$). Uporabljena sta bila vprašalnika Organization Culture Assessment Instrument (OCAI) ($\alpha = 0,818$) in Index of Work Satisfaction ($\alpha = 0,921$). Podatki so bili obdelani s statističnim programom SPSS 20.0 z uporabo t -testa, enosmerne analize variance, korelacijske, faktorske in regresijske analize.

Rezultati: Skupna največja povprečna vrednost med zaposlenimi obeh poklicnih skupin je pri organizacijski kulturi trg ($\bar{X} = 28,21$) in hierarhija ($\bar{X} = 27,57$). Indikatorji zadovoljstva zaposlenih (sodelovanje, vodenje, odločanje, avtonomija) se v 20 % lahko pojasni z organizacijsko kulturo adhokracija ($\beta = 0,318, p < 0,001$), trg ($\beta = 0,219, p < 0,001$) in skupina ($\beta = 0,161, p = 0,006$).

Diskusija in zaključek: V slovenskih bolnišnicah prevladuje nadzor nad delom, upoštevanje pravil, doseganje ciljev. Pregled literature pokaže tudi vpliv organizacijske kulture na zadovoljstvo. Potrebno bi bilo raziskati še druge dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo, kot sta stres, izkoriščanje moči položaja.

Introduction

Schein (1999) argues that a certain type of organizational culture is always prevalent in an organization, depending on how the organization's employees communicate, resolve conflicts, work as a team and connect among themselves. An organizational culture that supports safe and high-quality patient care must be promoted (Alexander, et al., 2006; Alexander, et al., 2007; Reyes-Alcázar, et al., 2009; Ledderer, 2010). To this end, organizational culture building blocks, including leadership, team work, evidence-based practice and communication should be used (Sammer, et al., 2010). A cross-sectional study revealed that organizational culture is typically related to the behaviour of its leaders, which is statistically typically related to satisfaction (Tsai, 2011). According to a study based on a randomised sample of nurses, 20 % of satisfaction can be accounted for by authentic leadership (Giallonardo, et al., 2010). According to findings based on interviews conducted in a Canadian hospital, nurses do not have the opportunity to participate in the decision-making process and introducing change. Nurses said that they were not part of the research process, whereas evidence-based nursing was promoted during their studies (Scott & Pollock, 2008). A survey conducted among 749 employees with different job profiles in hospitals in Greece revealed hierarchical organisation and a desire for more team work (Bellou, 2007). Bosch, et al. (2011) conducted a cross-sectional study among 460 health workers in 37 hospital wards and 67 wards in nursing homes. It was established that hierarchical organization culture prevails in the hospital, followed by clan culture, while clan culture prevails in the nursing home, followed by hierarchy. The least amount of market culture and adhocracy was found in both hospitals and nursing homes. In the USA, it has been established that job satisfaction indicators can be explained by organizational culture. Clan culture was assessed to have a statistically positive link, while hierarchic and market cultures were associated with a statistically negative link, while adhocracy had no statistically typical relation to satisfaction indicators. Among physicians, clan culture was prevalent, followed by market, hierarchy and adhocracy (Zazzali, et al., 2007). The American Nurses Association (ANA) established a database of nursing quality indicators, one of which is job satisfaction. Job satisfaction is a major factor that statistically typically affects job fluctuation and absenteeism and the quality of health care provided to patients (Taunton, et al., 2004). Depending on the motives of individuals, the motivation theories of Maslow and Herzberg (Zangaro & Soeken, 2005) form the bases for determining satisfaction indicators. In four Slovenian hospitals, Lorber and Skela Savič (2012) identified 4 common job satisfaction indicators among nurses, i.e. motivation, leadership

method, professional development, cooperation and interpersonal relationships. While professional development is not directly connected to satisfaction, it is statistically typically positively related to nurses' autonomy, which, in turn, affects job satisfaction (Cummings, et al., 2008). Autonomy, job position, interpersonal relations and pay account for 50 % of variation regarding job satisfaction (Taunton, et al., 2004). Stress and work burnout, and shift work have a statistically negative correlation to satisfaction indicators of nurses (Kawada & Otsuka, 2011). Among physicians, the following satisfaction indicators were identified: autonomy, interpersonal relations among employees, relationship with patients, job position, pay, personal income (Williams, et al., 2007).

Purpose and goal

The purpose of the study was to present the typical features of organization culture in general hospitals in Slovenia and job satisfaction indicators among nursing employees and medical practitioners.

The goal of the study was to research types of organizational culture in general hospitals and to compare the findings with those of other studies conducted in Slovenia and elsewhere around the world. We also wanted to verify the model of explanation for job satisfaction.

Hypothesis

H1: Respondents with higher qualifications assess the presence of clan and adhocracy organizational culture to greater numbers than respondents with lower level of qualifications.

H2: Job satisfaction indicators in nursing and medicine can be explained by collaboration in the team, and decision-making and leadership styles.

H3: Adhocracy organizational culture is statistically positively correlated to satisfaction indicators.

Methods

Quantitative research approach, a descriptive working method was used in carrying out the research.

Description of the instrument

The questionnaire consisted of two sets of content, i.e. organizational culture in health care and job satisfaction at work. We used two questionnaires that had already been tested for both in health care organizations. At the beginning of the questionnaire, we asked for demographic information, i.e. general information (age, gender, work experience in nursing/medicine), the employee's position at work, level of education and working area (medicine/nursing). To assess organizational culture, we used

the Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) questionnaire developed by Cameron and Quinn (1999), who recognised four types of organizational culture: hierarchy, clan, market and adhocracy. Organizational cultures of hierarchy and clan are inward-oriented, while market and adhocracy organizational cultures are outward oriented. A stable environment and centralised decision-making is typical of hierarchy and market organizational culture. The authors state that clan organisation culture was already typical of Japanese companies between 1960 and 1970. Employees share values and goals, while the main characteristics are not rules, but cohesion, dedication and encouraging professional development. For an adhocracy organizational culture, a dynamic and creative working environment is typical. The instrument assesses six crucial aspects of organizational culture: dominant characteristics, organizational leadership, management of employees,

statements from the questionnaire, translated them into Slovene and used a 5-point Likert's scale, with 1 indicating that the respondents completely disagreed with the statement, while 5 indicated that the respondents completely agreed with the statement, and intermediate marks corresponded to the scale of values. The instrument's reliability coefficient – Cronbach's coefficient was 0.921.

Sample description

We conducted the study in 6 general hospitals in Slovenia, which consented to participation, among nursing employees and medical practitioners. We used non-coincident, quota sample. We opted for 30 % sample of respondents (Table 1). We distributed a somewhat greater share of questionnaire among medical practitioners, as we had anticipated lesser response than among nursing employees.

Table 1: *Sample structure*

Tabela 1: *Struktura vzorca*

Area of work	Number of distributed questionnaires (n)	Share with regard to a total number of employees in all participating hospitals (%)	Number of returned questionnaires (n)	Number of returned questionnaires (%)	Share with regard to the total number of employees in participating hospitals (%)
Nursing	630	29.4	250	39.7	11.7
Medicine	250	34.4	60	24	8.2
Total	880	30.6	310	35.2	10.8

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

organisation glue, strategic emphases, and criteria of success.

There are four questions in each set, and the test taker must split 100 points over a total of four descriptions, which represents the share of agreement with each statement. The respondents clarified their position in two time periods: the current situation and with regard to their wishes for the future. Reliability coefficient – Cronbach's alpha coefficient for all 48 statements in the questionnaire on establishing organizational culture was 0.818. We used the questionnaire from the doctoral dissertation »Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu« (Skela Savič, 2007). We used Index of Work Satisfaction (IWS) to study the job satisfaction indicators in the fields of medicine and nursing. IWS includes six indicators of job satisfaction, comprising 48 statements and is based on 7-point Likert's scale (Murrells, et al., 2009). The questionnaire was designed on the basis on meta-analysis and tested in numerous health care organisations in the United States of America, showing a high level of reliability with regard to establishing job satisfaction indicators in the health-care sector (Zangaro & Soeken, 2005). In our survey, we used 37

880 questionnaires were distributed among both groups of employees and received 310 questionnaires, which presents a 35.2 % response rate. We distributed 250 questionnaires to medical practitioners, and received 60 back, which presents a 24 % response rate. We distributed 630 questionnaires to nursing employees, and received 250 back, which presents a 39.7 % response rate. Completed questionnaires present a 10.8 % sample with regard to all nursing employees and medical practitioners in participating hospitals. The average age of respondents was 38.3 years (37.2 for nurses and 43.2 for physicians), with an average of 16.3 years of work experience in a hospital (16.4 for nurses and 15.6 for physicians). Among the respondents, 48 (15.5 %) held a leading position, i.e. 30 (12 %) heads among the nurses and 18 (30 %) among physicians. Among the respondents, 58 (18.7 %) were men and 251 (81 %) were women, while 1 (0.3 %) respondent did not answer the question about sex. In both groups of employees there was a greater share of women (88 % among nurses and 51.7 % among physicians). Nurses who participated in the study had a secondary school degree (50 %), higher-education professional degree (41.2 %), while there was a smaller share of those with associate

diploma (3.2 %), professional master's degree (3.2 %), bachelor's degree (1.2 %), or master's of science (1.2 %). Among the participating physicians, the of science greatest number had a PhD (41.7 %), completed their specialisation studies (26.7 %) or had a university degree (25 %), while a smaller share had a research master's degree (6.6 %).

Description of the process of research and data processing

We asked the health and nursing care management in all 10 general hospitals in Slovenia to participate in the study, and 6 hospitals agreed. According to this agreement, the study was conducted between May 2012 and the end of February 2013. A cover letter stating the purpose and objectives of the study was enclosed to the questionnaire. Participation in the survey was voluntary and anonymity was guaranteed, since the data were interpreted only in a summary form. Coordination of the study was conducted via telephone and e-mail. In every general hospital, someone was delegated to be the responsible person who took care of the course of the survey, the completion and return of questionnaires by post. Respondents had 14 days to complete the questionnaires. Statistical analyses were performed with the SPSS statistical software ver. 20.0 0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Independent variables (demographic data, organizational culture) were used to explain the dependent variables (indicators of employee satisfaction). We used *t*-test to assess the arithmetic mean, *t*-test for independent samples, one-way analysis of variance, correlation, regression and factor analysis. With the *t*-test for the evaluation of the arithmetic mean, we evaluated

the average value of each type of organizational culture. The *t*-test for independent samples was used to determine statistically significant differences between types of organizational culture in the group of nursing employees and medical practitioners. One-way analysis of variance was used to determine statistically significant differences regarding the assessment of organizational culture considering the level of education. Correlation analysis was used to establish a statistically significant correlation between variables. We used Pearson's correlation coefficient. In continuation, we assessed the general factor model, an estimate of the proportion of the variance of the studied variables clarified with common factors (communalities) with the maximum likelihood method and Varimax orthogonal rotation. We discovered common aspects of observed variables and thus got an insight into the underlying structure of the data. With a smaller number of latent variables, called factors, we explained the relationship between the observed variables. Regression analysis was used to determine which independent variables can explain the dependent variable. We assessed the multivariate linear regression model. Statistical significance was examined at the level of 5 % of the risk ($p = 0.05$).

Results

The study established that all types of organization culture according to Cameron and Quinn (1999) were present. The results are presented in Table 2.

The *t*-test for the arithmetic mean was used to establish that with regard to organizational culture the total maximum average value among both groups of employees was the market ($\bar{x} = 28.21$),

Table 2: Assessment of organizational culture

Tabela 2: Ocena organizacijske kulture

Type of organizational culture	Total		Medicine		Nursing		Difference between the groups	
	$\bar{x}$	<i>s</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
HIERARCHY today wishes for the future	27.57	19.56	19.93	23.28	29.4	18.13	1.71	0.191
	22.63	21.7	23.41	32	22.44	18.46	18.7	<0.001
CLAN today wishes for the future	22.37	16.5	28.31	28.6	22.39	15.16	18.69	<0.001
	32.58	21.1	34.83	35.9	35.64	19.97	1.06	0.302
MARKET today wishes for the future	28.21	20.43	25.26	26.53	28.92	18.67	10.9	0.001
	18.03	18.83	20.58	28.86	17.42	15.51	21.44	<0.001
ADHOCRACY today wishes for the future	21.14	18.79	23.23	28.36	20.63	15.69	20.42	<0.001
	21.95	19.26	17.5	20.03	23.02	18.96	1.42	0.233

Legend/Legenda: $\bar{x}$ – average/povprečje; *s* – standard deviation/standardni odklon; *p* – a statistically significant value in the 0.05 or less/statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj; *F* – difference between groups/ razlika med skupinami

hierarchy ($\bar{x} = 27.57$), clan ($\bar{x} = 22.37$) and adhocracy ($\bar{x} = 21.14$). With regard to desires for the future, employees desired clan organizational culture the most ($\bar{x} = 32.58$), followed by hierarchy ($\bar{x} = 22.63$), adhocracy ($\bar{x} = 21.95$) and the market ($\bar{x} = 18.03$). The *t*-test for independent samples was used to assess statistically significant differences according to employee group in determining organizational culture today, i.e. organizational culture of adhocracy ($F = 20.42$, $p < 0.001$), clan ($F = 18.69$, $p < 0.001$) and the market ($F = 10.9$, $p = 0.001$). In comparison to the nurses, there was clan and adhocracy culture among physicians, while there was more market culture among the nurses. With regard to desires for the future, were assessed statistically significant differences with regard to the market organizational culture ($F = 21.44$, $p < 0.001$) and hierarchy ($F = 18.7$, $p < 0.001$). Physicians had a greater desire for both of these cultures than nurses.

The analysis of variance (One-Way ANOVA) was used to determine statistically significant differences regarding organizational culture by level of education. Individual levels of education/qualifications were combined into four categories: secondary school, first level (higher-education professional degree, associate degree), second level (university, specialisation, professional master's degree) and third level (master of science and doctorate). Based on Levine's test of equality of variances in groups (Test of Homogeneity of Variances) used the *F*-test or the Robust Welch test to determine if the average values differ between the groups. The results showed statistically significant differences with regard to market organizational culture by level of education ($p < 0.001$). The highest average value was assessed by employees with the first level of education ($\bar{x} = 28.2$) and secondary education ($\bar{x} = 27.1$), while it was slightly lower among employees with second level of education ($\bar{x} = 26.5$), and the lowest among employees with the third level of education ($\bar{x} = 17.44$). We did not find statistically significant differences by level of education with regard to other types of organizational culture. Regarding desires for the future, we assessed statistically significant differences by level of education in adhocracy organizational culture ($p = 0.005$). The estimate of the average value was the highest with employees with the first level of education ($\bar{x} = 25.15$), followed by an assessment of employees with secondary education ($\bar{x} = 20.94$), third level ($\bar{x} = 19.97$) and second level of education ($\bar{x} = 18.42$). We did not find statistically significant differences between the groups with regard to other types of organizational culture.

Pearson's correlation coefficient showed a strong statistically significant positive correlation between indicators of employee satisfaction. Strongest statistically significant positive correlation was found between respect for other occupational groups (medicine/nursing), and appreciating the work of the

other group of employees ($r = 0.718$, $p < 0.001$) as well as the opportunity to participate in the decisions of the health team and the decisions relating on the work of the employee ($r = 0.626$, $p < 0.001$). Independent decision-making is significantly positively associated with the opportunity to take part in decision-making related to the work of the employee ($r = 0.678$, $p < 0.001$) and with the opportunity to participate in the decisions of the medical team ($r = 0.521$, $p < 0.001$). Pearson's correlation coefficient ($r > 0.5$) also showed a statistically significant positive correlation at the following links:

- support and kindness among co-workers ($r = 0.548$, $p < 0.001$);
- the significance of treatment and health care for the health of the patient and appreciation for the work of the other group of employees ($r = 0.558$, $p < 0.001$);
- the significance of treatment and health care for the health of the patient and respect for the work of the other group of employees ($r = 0.520$, $p < 0.001$);
- the possibility for the employee to demonstrate his/her abilities and opportunities for professional development ($r = 0.506$, $p < 0.001$);
- cooperation with other occupational groups and satisfaction with cooperation of the same occupational group ($r = 0.504$, $p < 0.001$);
- independent decision-making and independent planning of interventions within the scope of competences ($r = 0.502$, $p = 0.001$).

In continuation, we present a summary of the common indicators of satisfaction. We used factor analysis to establish that the 5 common factors explained 58.7 % of the variability of indicators of employee satisfaction. Good cooperation can account for 26.1 %, satisfaction with decision-making for 16.7 %, satisfaction with leadership for 10.3 %, stress in the workplace for 7.5 %, and autonomy for 6.5 % of job satisfaction variation. Table 3 shows the factor weights with orthogonal rotation after Varimax under which the value of Kaiser-Meyer Olkin test was the highest (0.861), this rotation is compared with oblique rotation after Oblimin, which showed less bipolarity. Statements where the proportion of variability explained by common factors was less than 0.5 were excluded from further analysis.

Regression analysis was used to determine the dependence of indicators of satisfaction on each type of organizational culture. Factors which were identified by using factor analysis were combined into 'satisfaction indicators' dependent variable. Six statements from the questionnaire describing each type of organizational culture were combined into the independent variable 'types of organizational culture' for each type of organizational culture. We assessed the multivariate linear regression model. Independent variables were included in the Forward Selection Method regression model. In this method,

Table 3: *Varimax rotation method of job satisfaction*Tabela 3: *Pravokotna rotacija faktorjev zadovoljstva zaposlenih*

Statements	Factors				
	1	2	3	4	5
Employees appreciate the work of the other group of employees.	0.714	/	/	/	/
Satisfaction with the work of the other occupational group.	0.666	/	/	/	/
Employees respect the work of the other occupational group.	0.646	/	/	/	/
Opportunity to take part in decisions that affect the work of the employee.	/	0.858	/	/	/
Independent decision-making within competences.	/	0.682	/	/	/
Opportunity to take part in the decisions of the medical team.	/	0.642	/	/	/
Employees are rewarded for good work.	/	/	0.760	/	/
Employees only perform routine tasks.	/	/	0.544	/	/
The head controls the work of the employees more than it is necessary.	/	/	0.545	/	/
The employees would be able to perform their work better if they were under less stress at work.	/	/	/	0.894	/
Working with documentation takes the employees a lot of time.	/	/	/	0.471	/
The employee would be able to provide higher-quality health care if they had more time for each patient.	/	/	/	0.469	/
Employees have enough autonomy at their job for making independent decisions about their work.	/	/	/	/	0.736
The head commends employees for a job well done.	/	/	/	/	0.513

Table 4: *The multivariate linear regression model for indicators of job satisfaction*Tabela 4: *Multivariatni linearni regresijski model za indikatorje zadovoljstva zaposlenih*

Model	R	R ²	Adjusted R ²	F	p
Adhocracy organizational culture	0.391	0.153	0.150	55.73	< 0.001
Adhocracy and market organizational culture	0.424	0.180	0.174	33.64	< 0.001
Adhocracy, market and clan organizational culture	0.447	0.200	0.192	25.44	< 0.001

Legend/Legenda: R – the correlation coefficient/korelacijski koeficient; R² – the coefficient of determination/determinacijski koeficient; popravljeni R² – the adjusted coefficient of determination/ popravljeni determinacijski koeficient; p – statistically significant at 0.05 or less/ statistična značilnost pri 0,05 ali manj

the independent variables are included in the regression model in the order determined by the size of their impact on the dependent variable. First, the independent variable that has the greatest impact on the dependent one is included, then the one with second most impact on the dependent variable, provided that the first variable is already included in the model. There are all types of organizational culture in the organization, but in different shares (Schein, 1999), so we decided to determine which combination of cultures has the strongest impact on job satisfaction. Based on a sample of physicians and nurses in Slovenian general hospital we concluded that at least one type of organizational culture has a statistically significant impact on indicators of job satisfaction at the workplace. Regression coefficients showed that the following combinations of organizational cultures have a statistically significant positive impact on the indicators of employee satisfaction:

- adhocracy organizational culture ($\beta = 0.391$, $p < 0.001$),
- adhocracy organizational culture ($\beta = 0.377$, $p < 0.001$) and market ($\beta = 0.163$, $p = 0.002$),
- adhocracy organizational culture ($\beta = 0.318$,

$p < 0.001$), market ($\beta = 0.219$, $p < 0.001$) and clan ($\beta = 0.161$, $p = 0.006$).

It was established that the hierarchy organizational culture does not statistically significantly affect job satisfaction ($p = 0.490$). Table 4 presents the multivariate linear regression model for indicators of job satisfaction.

Based on the evaluation of the correlation coefficient we established that the relationship between organizational culture and job satisfaction indicators was positive and moderately strong. When combining the three organizational cultures, i.e. adhocracy, market and clan, the correlation is the strongest ($R = 0.447$). Estimated coefficient of determination showed that 15 % of the variance of indicators of job satisfaction can be explained by organizational culture adhocracy, 18 % of the variance satisfaction indicators with the organizational culture adhocracy and market, and 20 % of the variance of satisfaction indicators can be explained by organizational culture adhocracy, market and clan.

Discussion

On the basis of sample data, the study showed

indicators that explain job satisfaction among physicians and nurses in general hospitals in Slovenia. We studied the links between the independent and dependent variables. We have identified the following indicators of satisfaction, i.e. good cooperation, satisfaction with leadership, satisfaction with decision-making, stress at work and job autonomy, while in an Atlanta hospital indicators of satisfaction of nurses were leadership, cooperation and support of employees and manager ability (Wade et al., 2008). Wang et al. (2012) had similar findings and explained satisfaction indicators with personal income and remuneration, inter-professional cooperation, professional development, and autonomy. Correlation analysis showed weak statistically significant positive correlation between demographic factors and indicators of job satisfaction. Carmen (2005), Wade et al. (2008), Tourangeau, et al. (2010) and Pavlakis et al. (2011) have come to similar findings. In our study, we concluded that market organizational culture is the most prevalent in Slovenian general hospitals, followed by hierarchy, clan and adhocracy. There are statistically significant differences in determining the organizational culture today between the two groups of employees, specifically adhocracy, clan and market. There is more clan and adhocracy culture among physicians, while market culture is prevalent among the nurses. Golob (2006) came to similar conclusions in Novo mesto nursing home, where market culture was dominant, while at the General Hospital Celje clan culture was prevalent (Kragelj, 2010). According to nurses, market and hierarchy cultures are dominant, and clan culture was the least present, while the statement about professional development received the lowest marks (Tsai, 2011). In our study, employees were shown to have the greatest desire for clan organizational culture, followed by hierarchy, adhocracy and market. There are statistically significant differences with regard to the desired organizational culture in the future between the two groups of employees, i.e., the organizational culture of market and hierarchy. These are both desired more by physicians than nurses. In Celje general hospital (Kragelj, 2010) and a Canadian hospital (Williams et al., 2007) employees want more adhocracy culture. The age of respondents and the number of years in employment did not significantly affect the type of organizational culture, while the level of education has a statistically significant impact on the cultures of adhocracy and hierarchy (Skela Savič, 2006).

Carmen (2005) found no statistically significant correlation between demographic data and the types of organizational culture, while in Slovenian hospitals we found a weak statistically significant positive correlation between demographic factors (age, work experience, position in the workplace, education level) and organizational culture. A one-way analysis of variance revealed statistically significant differences

between the levels of education only in the market organizational culture. The lowest average value of present culture in Slovenian hospitals was assessed with regard to employees with third-level education. Skela Savič (2006) found that the higher the level of education of respondents, the more they assessed the presence of culture of hierarchy and less adhocracy culture in their working environment.

With regard to nursing, it was established that the higher the education level, the less the organizational culture in their working environment is seen as innovative (Skela Savič, 2006). With regard to desires for the future, the results of our study in Slovenian general hospitals showed statistically significant differences between groups in adhocracy organizational culture. This culture is most desired by employees with the first level of education, and least by employees with second level of education. Organizational culture is significantly positively associated with indicators of employee satisfaction in the workplace, but we found that correlations were weak, Jacobs & Roodt (2008) and Tsai (2011) came to similar conclusions. Indicators of employee satisfaction are statistically significantly positively related to clan organizational culture (Williams et al., 2007; Park & Hyun, 2009) and market, while the culture of hierarchy and adhocracy were found to have no statistically significant links with indicators of satisfaction (Park & Hyun, 2009). In our study, regression analysis showed that the indicators of employee satisfaction are most significantly positively affected by the presence of three types of organizational cultures, i.e. adhocracy, market and clan.

Limitations of the study

Methodological limitations of the study were that it was conducted in 6 out of 10 general hospitals. Participants included nursing employees and medical practitioners; there was lower response rate among employees in medical practitioners than with nursing employees. The study results can not be generalised because a non-random, quota sample was used, in which we cannot determine the quality of the sample estimates. We used a quantitative research approach, survey method. Schein (1999) argues that in assessing organizational culture it is necessary to use other methods of research (interviews, observation method, triangulation, etc.). The results with regard to organizational culture showed high levels of standard deviations, which signifies a lot of variability in the data, which was greater with regard to physicians than nurses. Individual statements in the questionnaire were assessed from 0 to 100.

Conclusion

The purpose and objective of the research were achieved, indicators of job satisfaction and

characteristics of organizational culture in general hospitals in Slovenia were assessed and compared with other research carried out in Slovenia and around the world. In our study, we confirmed the findings of other studies that organizational culture of hierarchy, which is characterized by control over the work of subordinate employees, was still present in a high proportion in health care organisations. Culture, which promotes the introduction of changes is the least present in Slovenian hospitals, while employees have the greatest desire for clan and hierarchy culture and adhocracy. A major performance indicator of any healthy organization is job satisfaction, which is statistically significantly positively associated with organizational cultures of clan, market and adhocracy. We did not find a statistically significant association with indicators of job satisfaction for the organizational culture of hierarchy. Satisfaction indicators were explained by the cooperation between employees, leadership, decision-making and autonomy.

Presented results provide many opportunities for further research. We suggest carrying out a survey at primary, secondary and tertiary levels of health care in Slovenia and abroad with a randomly selected representative sample of at least three occupational groups using mixed methods in order to increase the validity of the research. It would be reasonable to compare the results between different levels of health care as well as the employees of each occupational group in Slovenia and other countries. The overview of literature revealed that stress at work, abusing the power associated with position, absenteeism and fluctuation statistically significantly affect the dissatisfaction of employees at, so it would be reasonable to continue to explore these areas and compare them with international studies.

Acknowledgement

We would like to thank the health care and nursing management, and nursing employees and medical practitioners for participating in the study.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Uvod

Schein (1999) pravi, da v organizaciji določen tip organizacijske kulture vedno prevladuje, le-ta predstavlja način, kako zaposleni v organizaciji komunicirajo, rešujejo konflikte, timsko sodelujejo in se medsebojno povezujejo. Potrebno je razvijati organizacijsko kulturo, ki bo podpirala varno in kakovostno zdravstveno obravnavo pacienta (Alexander, et al., 2006; Alexander, et al., 2007; Reyes-Alcázar, et al., 2009; Ledderer, 2010). V ta namen je

potrebno razvijati gradnike organizacijske kulture, kot so vodenje, timsko delo, na dokazih podprta praksa, komunikacija (Sammer, et al., 2010).

Izvedena presečna študija je pokazala, da je organizacijska kultura statistično značilno povezana z ravnanjem vodij, le-to pa je statistično značilno povezano z zadovoljstvom (Tsai, 2011). Raziskava z randomiziranim vzorcem medicinskih sester je pokazala, da se lahko zadovoljstvo v 20 % pojasni z avtentičnim načinom vodenja (Giallonardo, et al., 2010). V kanadski bolnišnici so na podlagi intervjujev ugotovili, da medicinske sestre nimajo priložnosti sodelovati v procesu sprejemanja odločitev in pri uvajanju sprememb. Medicinske sestre so povedale, da niso vključene v raziskovalni proces, čeprav je bila v času študija poudarjena na dokazih podprta praksa zdravstvene nege (Scott & Pollock, 2008). Raziskava v bolnišnicah v Grčiji med 749 zaposlenimi različnih poklicnih skupin je pokazala hierarhično organiziranost, želeli so si več timskega sodelovanja (Bellou, 2007). Bosch in sodelavci (2011) so izvedli presečno študijo med 460 zdravstvenimi delavci na 37 bolniških oddelkih in 67 oddelkih v domu upokojencev. Ugotovili so, da v bolnišnici prevladuje organizacijska kultura hierarhije, sledi ji kultura skupine, medtem ko je v domu upokojencev največ kulture skupine, sledi ji hierarhija. Tako v bolnišnici kot v domu upokojencev je najmanj kulture trga in adhokracije.

V Združenih državah Amerike so ugotovili, da se indikatorji zadovoljstva zaposlenih lahko pojasnijo z organizacijsko kulturo. Za kulturo skupine je bila ocenjena pozitivna statistično značilna povezanost, za kulturi hierarhije in trga negativna statistično značilna povezanost, pri kulturi adhokracije ni bilo ocenjene statistično značilne povezanosti z indikatorji zadovoljstva. Med zdravniki prevladuje kultura skupine, sledijo ji trg, hierarhija in adhokracija (Zazzali, et al., 2007). Združenje ameriških medicinskih sester (American Nurses Association – ANA) je ustanovilo bazo indikatorjev kakovostne zdravstvene nege, eden izmed indikatorjev je zadovoljstvo zaposlenih. Zadovoljstvo zaposlenih je pomemben dejavnik, ki statistično značilno vpliva na fluktuacijo in absentizem zaposlenih ter kakovostno zdravstveno obravnavo pacientov (Taunton, et al., 2004). Odvisno je od motivov posameznikov, osnova za določitev indikatorjev zadovoljstva sta motivacijski teoriji po Maslowu in Herzbergu (Zangaro & Soeken, 2005).

Lorber in Skela Savič (2012) sta v štirih slovenskih bolnišnicah identificirali štiri skupne indikatorje zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi, in sicer motivacija, način vodenja, profesionalni razvoj ter sodelovanje in medosebni odnosi. Profesionalni razvoj ni neposredno povezan z zadovoljstvom, ampak je statistično značilno pozitivno povezan z avtonomijo medicinskih sester, le-ta pa vpliva na zadovoljstvo

zaposlenih (Cummings, et al., 2008). Z avtonomijo, položajem na delovnem mestu, medosebnimi odnosi in plačo se lahko pojasni 50 % variabilnosti zadovoljstva zaposlenih (Taunton, et al., 2004). Stres in izgorelost na delovnem mestu ter izmensko delo so statistično značilno negativno povezani z indikatorji zadovoljstva medicinskih sester (Kawada & Otsuka, 2011). Pri zdravnikih so identificirali naslednje dejavnike zadovoljstva: avtonomija, medosebni odnosi med zaposlenimi, odnosi s pacienti, položaj na delovnem mestu, plača, osebni dohodek (Williams, et al., 2007).

Namen in cilj

Namen raziskave je bil prikazati značilnosti organizacijske kulture v splošnih bolnišnicah v Sloveniji in indikatorje zadovoljstva zaposlenih v dejavnosti medicine in zdravstvene nege. Cilj raziskave je bil raziskati tipe organizacijske kulture v splošnih bolnišnicah in oceniti primerjavo z drugimi raziskavami v Sloveniji in svetu. Preveriti smo želeli tudi pojasnjevalni model indikatorjev zadovoljstva zaposlenih.

Hipoteze

H1: Anketiranci z višjo stopnjo izobrazbe v večji meri ocenjujejo prisotnost organizacijske kulture skupine in adhokracije v delovnem okolju kot anketiranci z nižjo stopnjo izobrazbe.

H2: Indikatorje zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi in medicini lahko pojasnimo s timskim sodelovanjem, načinom vodenja in odločanja.

H3: Organizacijska kultura adhokracija statistično značilno pozitivno vpliva na indikatorje zadovoljstva.

Metode

Za izvedbo raziskave smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop ter deskriptivno metodo dela.

Opis instrumenta

Vprašalnik je bil sestavljen iz dveh vsebinskih sklopov, in sicer organizacijske kulture v zdravstvu in zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu. Za oba vsebinska sklopa smo uporabili vprašalnika, predhodno že testirana v zdravstvenih organizacijah. Na začetku vprašalnika smo spraševali po demografskih podatkih, in sicer splošnih podatkih (starost, spol, delovne izkušnje v zdravstveni negi/medicini), položaju zaposlenega na delovnem mestu, stopnji izobrazbe in področju dela zaposlenega (medicina/zdravstvena nega).

Za proučevanje organizacijske kulture smo uporabili vprašalnik Organization Culture Assessment Instrument (OCAI) po Cameron & Quinn (1999), ki sta razdelila organizacijsko kulturo v štiri tipe:

hierarhija, skupina, trg in adhokracija. Organizacijski kulturi hierarhija in skupina sta usmerjeni navznoter, organizacijski kulturi trg in adhokracija pa navzven. Za organizacijski kulturi hierarhijo in trg je značilno stabilno okolje in centralno odločanje. Avtorja navajata, da je bila organizacijska kultura skupina značilna za japonska podjetja že v letih med 1960 in 1970. Zaposleni si delijo vrednote in cilje, glavne značilnosti niso pravila, ampak kohezija, predanost in spodbujanje profesionalnega razvoja. Za organizacijsko kulturo adhokracijo je značilno dinamično in ustvarjalno delovno okolje. Instrument ocenjuje šest ključnih dimenzij organizacijske kulture: prevladujoče značilnosti organizacije, vodenje v organizaciji, delo z ljudmi, organizacijsko povezanost, poudarjene strategije in kriterije za doseganje uspeha. V vsakem sklopu so štiri vprašanja, med katera so anketiranci razdelili skupno 100 točk, ki predstavljajo deleže strinjanja s posamezno trditvijo. Anketiranci so se do posamezne trditve opredelili za dve časovni obdobji: stanje danes in želja za prihodnost. Koeficient zanesljivosti (Cronbachov koeficient alfa) je za vseh 48 trditev v vprašalniku za ugotavljanje organizacijske kulture znašal 0,818.

Uporabili smo vprašalnik iz doktorske disertacije »Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu« (Skela Savič, 2007).

Za proučevanje indikatorjev zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu v dejavnosti medicine in zdravstvene nege smo uporabili merilni instrument Index of Work Satisfaction (IWS). IWS vključuje šest indikatorjev zadovoljstva z delom, sestavljen je iz 48 trditev, uporabljena je sedemstopenjska Likertova lestvica (Murrells, et al., 2009). Vprašalnik je bil oblikovan na podlagi metaanalize, testiran je bil v mnogih zdravstvenih organizacijah v Združenih državah Amerike in pokazal visoko zanesljivost pri ugotavljanju indikatorjev zadovoljstva med zaposlenimi v zdravstvu (Zangaro & Soeken, 2005). V naši raziskavi smo uporabili 37 trditev iz omenjenega vprašalnika, trditve smo prevedli v slovenski jezik, uporabili smo petstopenjsko Likertovo lestvico, pri kateri je vrednost 1 pomenila, da se anketiranci s trditvijo sploh ne strinjajo, in 5, da se popolnoma strinjajo, vmesne ocene so ustrezale vrednostni lestvici. Koeficient zanesljivosti instrumenta (Cronbachov koeficient alfa) je bil 0,921.

Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v šestih splošnih bolnišnicah v Sloveniji, ki so dale soglasje za sodelovanje; sodelovali so zaposleni v dejavnosti zdravstvene nege in medicine. Uporabili smo nenaključni, kvotni vzorec. Odločili smo se za 30% vzorec anketirancev (Tabela 1). Med zaposlene v medicini smo razdelili nekoliko večji delež vprašalnikov, ker smo že pred izvedbo raziskave pričakovali manjšo odzivnost glede na zaposlene v zdravstveni negi.

Tabela 1: *Struktura vzorca*Table 1: *Sample structure*

Področje dela	Število razdeljenih vprašalnikov (<i>n</i>)	Delež razdeljenih vprašalnikov glede na vse zaposlene v sodelujočih bolnišnicah (%)	Število vrnjenih vprašalnikov (<i>n</i>)	Delež vrnjenih vprašalnikov (%)	Delež vrnjenih vprašalnikov glede na vse zaposlene v sodelujočih bolnišnicah (%)
Zdravstvena nega	630	29,4	250	39,7	11,7
Medicina	250	34,4	60	24	8,2
Skupno	880	30,6	310	35,2	10,8

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

Med poklicni skupini smo razdelili 880 vprašalnikov, vrnjenih smo prejeli 310, kar predstavlja 35,2% odzivnost. Zaposlenim v medicini smo razdelili 250 vprašalnikov, vrnjenih smo jih prejeli 60, kar predstavlja 24% odzivnost. Zaposlenim v zdravstveni negi smo razdelili 630 vprašalnikov, vrnjenih smo prejeli 250, kar predstavlja 39,7% odzivnost. Vrnjeni vprašalniki predstavljajo 10,8% vzorec glede na vse zaposlene v zdravstveni negi in medicini v sodelujočih bolnišnicah.

Povprečna starost med anketiranci je bila 38,3 leta (37,2 pri medicinskih sestrah in 43,2 pri zdravnikih) in povprečna doba delovnih izkušenj v bolnišnici 16,3 let (16,4 pri medicinskih sestrah in 15,6 pri zdravnikih). Med anketiranci jih je bilo 48 (15,5 %) na vodilnem mestu, med medicinskimi sestrami je bilo vodij 30 (12 %), med zdravnikih 18 (30 %). Med anketiranci je bilo 58 (18,7 %) moških in 251 (81 %) žensk, en (0,3 %) anketiranec ni odgovoril na vprašanje o spolu. Pri obeh poklicnih skupinah so prevladovala ženske (v 88 % pri medicinskih sestrah in v 51,7 % pri zdravnikih). Medicinske sestre, ki so sodelovale v raziskavi, so imele srednješolsko izobrazbo (50 %), visokošolsko strokovno (41,2 %), v manjših deležih pa tudi višješolsko izobrazbo (3,2 %), strokovni magisterij (3,2 %), univerzitetno izobrazbo (1,2 %), magisterij znanosti (1,2 %). Med zdravniki, ki so sodelovali v raziskavi, jih je imelo največ doktorat znanosti (41,7 %), specializacijo (26,7 %), univerzitetno izobrazbo (25 %), v manjšem deležu magisterij znanosti (6,6 %).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za sodelovanje v raziskavi smo poslali prošnje zdravstvenemu menedžmentu in menedžmentu zdravstvene nege v vseh deset splošnih bolnišnic v Sloveniji, z raziskavo se je soglašalo šest bolnišnic. Na podlagi soglasja je raziskava potekala od maja 2012 do februarja 2013. K vprašalnikom je bil priložen spremni dopis z navedbo namena in ciljev raziskave. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, zagotovljena je bila anonimnost, saj so bili podatki interpretirani le v sumarni obliki. Koordiniranje raziskave je potekalo preko telefona in elektronske pošte. V vsaki splošni bolnišnici je bila določena odgovorna oseba, ki je

poskrbela za potek anketiranja, izpolnitev in vrnitev vprašalnikov po pošti. Za izpolnjevanje vprašalnika so anketiranci imeli štirinajst dni časa.

Podatki so bili obdelani s statističnim računalniškim programom SPSS 20.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Z neodvisnimi spremenljivkami (demografski podatki, organizacijska kultura) smo pojasnili odvisne spremenljivke (indikatorji zadovoljstva zaposlenih). Uporabili smo *t*-test za oceno aritmetične sredine, *t*-test za neodvisne vzorce, enosmerno analizo variance, korelacijsko, faktorsko in regresijsko analizo. S *t*-testom za oceno aritmetične sredine smo ocenili povprečne vrednosti posameznih tipov organizacijske kulture. S *t*-testom za neodvisne vzorce smo ugotavljali statistično značilne razlike med posameznimi tipi organizacijske kulture glede na poklicni skupini zdravstvena nega in medicina. Z enosmerno analizo variance smo ugotavljali statistično značilne razlike glede na stopnjo izobrazbe pri ocenjevanju organizacijske kulture. S korelacijsko analizo smo ugotavljali statistično značilno povezanost med posameznimi spremenljivkami. Uporabili smo Pearsonov koeficient korelacije. V nadaljevanju smo ocenili splošni faktorski model ter z metodo največjega verjetja in pravokotno rotacijo varimax pojasnili delež variance proučevanih spremenljivk s skupnimi faktorji (komunalitete). Odkrili smo skupne razsežnosti opazovanih spremenljivk in tako dobili vpogled v osnovno strukturo podatkov. Z manjšim številom latentnih spremenljivk, imenovanih faktorji, smo pojasnili zveze med opazovanimi spremenljivkami. Z regresijsko analizo smo ugotavljali, s katerimi neodvisnimi spremenljivkami lahko pojasnimo odvisno spremenljivko. Ocenili smo multivariatni linearni regresijski model. Statistično značilnost smo preverjali na ravni 5% tveganja ($p = 0,05$).

Rezultati

Z raziskavo smo ugotovili, da so prisotni vsi tipi organizacijske kulture po Cameron in Quinn (1999). Rezultati so prikazani v Tabeli 2.

S *t*-testom za oceno aritmetične sredine smo ocenili, da je skupna največja povprečna vrednost med zaposlenimi v obeh poklicnih skupinah pri

Tabela 2: Ocena organizacijske kulture
Table 2: Assessment of organizational culture

Tip organizacijske kulture	Skupno		Medicina		Zdravstvena nega		Razlika med skupinama	
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	F	p
HIERARHIJA	27,57	19,56	19,93	23,28	29,4	18,13	1,71	0,191
danes								
želja za prihodnost	22,63	21,7	23,41	32	22,44	18,46	18,7	< 0,001
SKUPINA	22,37	16,5	28,31	28,6	22,39	15,16	18,69	< 0,001
danes								
želja za prihodnost	32,58	21,1	34,83	35,9	35,64	19,97	1,06	0,302
TRG	28,21	20,43	25,26	26,53	28,92	18,67	10,9	0,001
danes								
želja za prihodnost	18,03	18,83	20,58	28,86	17,42	15,51	21,44	< 0,001
ADHOKRACIJA	21,14	18,79	23,23	28,36	20,63	15,69	20,42	< 0,001
danes								
želja za prihodnost	21,95	19,26	17,5	20,03	23,02	18,96	1,42	0,233

Legenda/Legend: $\bar{x}$ – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation; p – statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj/a statistically significant value in the 0.05 or less; F – razlika med skupinami/difference between groups

organizacijski kulturi trg ($\bar{x} = 28,21$), sledi hierarhija ($\bar{x} = 27,57$), nato z večjo razliko skupina ($\bar{x} = 22,37$) in adhokracija ($\bar{x} = 21,14$). Pri željah za prihodnost si zaposleni v največji meri želijo organizacijske kulture skupina ($\bar{x} = 32,58$), nato med seboj bolj primerljivo sledijo hierarhija ($\bar{x} = 22,63$), adhokracija ($\bar{x} = 21,95$) in trg ($\bar{x} = 18,03$). S t -testom za neodvisne vzorce smo ocenili statistično značilne razlike glede na poklicni skupini pri ugotavljanju organizacijske kulture danes, in sicer pri organizacijskih kulturah adhokracija ($F = 20,42, p < 0,001$), skupina ($F = 18,69, p < 0,001$) in trg ($F = 10,9, p = 0,001$). Pri zdravnikih je v primerjavi z medicinskimi sestrami več organizacijskih kultur skupina in adhokracija, pri medicinskih sestrah pa več kulture trg. Pri željah za prihodnost so bile ugotovljene statistično značilne razlike pri organizacijski kulturi trg ($F = 21,44, p < 0,001$) in hierarhija ($F = 18,7, p < 0,001$), obeh omenjenih kultur si zdravniki želijo v večji meri kot medicinske sestre.

Z analizo variance (One-Way ANOVA) smo ugotavljali statistično značilne razlike organizacijske kulture glede na stopnjo izobrazbe. Posamezne stopnje izobrazbe smo združili v štiri kategorije: srednješolska, prva stopnja (višješolska, visokošolska strokovna), druga stopnja (univerzitetna, specializacija, strokovni magisterij) in tretja stopnja (magisterij znanosti in doktorat znanosti). Na podlagi Levenovega preskusa o enakosti varianc v skupinah (Test of Homogeneity of Variances) smo s pomočjo F -preskusa oziroma preskusa Robust Welch ugotavljali, če se povprečne vrednosti med skupinami razlikujejo. Rezultati so pri organizacijski kulturi trg pokazali statistično značilne razlike glede na stopnjo izobrazbe ($p < 0,000$). Z najvišjo povprečno vrednostjo so trg ocenili zaposleni s prvo stopnjo izobrazbe ($\bar{x} = 28,2$) in s srednješolsko izobrazbo ($\bar{x} = 27,1$), z nekoliko nižjo zaposleni z

drugo stopnjo izobrazbe ($\bar{x} = 26,5$), najmanj pa je te kulture med zaposlenimi s tretjo stopnjo izobrazbe ($\bar{x} = 17,44$). Pri ostalih tipih organizacijske kulture nismo ugotovili statistično značilnih razlik glede na stopnjo izobrazbe. Pri željah za prihodnost smo ugotovili statistično značilne razlike glede na stopnjo izobrazbe pri organizacijski kulturi adhokracija ($p = 0,005$). Pri zaposlenih s prvo stopnjo izobrazbe je povprečna vrednost ocene najvišja ($\bar{x} = 25,15$), sledi ocena zaposlenih s srednješolsko izobrazbo ($\bar{x} = 20,94$), tretjo ($\bar{x} = 19,97$) in drugo stopnjo izobrazbe ($\bar{x} = 18,42$). Pri ostalih tipih organizacijske kulture med skupinami nismo ugotovili statistično značilnih razlik.

Pearsonov korelacijski koeficient je pokazal močno statistično značilno pozitivno povezanost med indikatorji zadovoljstva zaposlenih. Najmočnejšo statistično značilno pozitivno povezanost smo ugotovili med spoštovanjem druge poklicne skupine (medicina/zdravstvena nega) in trditvijo, da zaposleni cenijo delo druge poklicne skupine ($r = 0,718, p < 0,001$), ter med priložnostjo sodelovanja pri odločitvah v zdravstvenem timu in odločitvah, ki se nanašajo na delo zaposlenega ($r = 0,626, p < 0,001$). Samostojno sprejemanje odločitev je statistično značilno pozitivno povezano s priložnostjo sodelovanja pri odločitvah, ki se nanašajo na delo zaposlenega ($r = 0,678, p < 0,001$), in s priložnostjo sodelovanja pri odločitvah zdravstvenega tima ($r = 0,521, p < 0,001$). Pearsonov korelacijski koeficient ($r > 0,5$) je pokazal statistično značilno pozitivno povezanost še pri naslednjih povezavah:

- podpora in prijaznost med sodelavci ($r = 0,548, p < 0,001$);
- pomen zdravljenja in zdravstvene nege za kakovostno zdravje pacienta ter ceniti delo druge

- poklicne skupine ($r = 0,558, p < 0,001$);
- pomen zdravljenja in zdravstvene nege za kakovostno zdravje pacienta ter spoštovati delo druge poklicne skupine ($r = 0,520, p < 0,001$);
- trditev, da delo zaposlenemu omogoča, da pokaže svoje sposobnosti, in priložnost strokovnega usposabljanja ($r = 0,506, p < 0,001$);
- sodelovanje z drugimi poklicnimi skupinami in zadovoljstvo s sodelovanjem znotraj poklicne skupine ($r = 0,504, p < 0,001$);
- samostojno sprejemanje odločitev in samostojno načrtovanje intervencij v okviru kompetenc ($r = 0,502, p = 0,001$).

V nadaljevanju prikazujemo skupne indikatorje zadovoljstva. S faktorjsko analizo smo ugotovili, da lahko s petimi skupnimi faktorji pojasnimo 58,7 % variabilnosti indikatorjev zadovoljstva zaposlenih. Z dobrim sodelovanjem lahko pojasnimo 26,1 %, z zadovoljstvom z odločanjem 16,7 %, z zadovoljstvom z vodenjem 10,3 %, z obremenjenostjo na delovnem mestu 7,5 % in z avtonomijo 6,5 % variabilnosti zadovoljstva zaposlenih. V Tabeli 3 so prikazane faktorjske uteži s pravokotno rotacijo varimax, na podlagi katere je bila vrednost Kaiser-Meyer-Olkinovega testa najvišja (0,861), ta rotacija je v primerjavi s poševno rotacijo oblimin pokazala tudi manjšo bipolarnost. S skupnimi faktorji pojasnjene trditve, pri katerih je bil delež variabilnosti manjši od 0,5, smo izločili iz nadaljnje analize.

Z regresijsko analizo smo ugotavljali odvisnost indikatorjev zadovoljstva od posameznih tipov organizacijske kulture. V odvisno spremenljivko »indikatorji zadovoljstva« smo združili faktorje, ki smo jih identificirali s pomočjo faktorjske analize. V

neodvisne spremenljivke »tipi organizacijske kulture« smo za vsak tip organizacijske kulture združili šest trditev iz vprašalnika, ki opisujejo posamezne tipe organizacijske kulture. Ocenili smo multivariatni linearni regresijski model. Neodvisne spremenljivke smo vključevali v regresijski model po principu dodajanja naprej (ang. forward selection). Pri tej metodi se neodvisne spremenljivke vključujejo v regresijski model po vrstnem redu, določenem z velikostjo njihovega vpliva na odvisno spremenljivko. Najprej je v model vključena neodvisna spremenljivka, ki najbolj vpliva na odvisno, nato naslednja, ki najbolj vpliva na odvisno spremenljivko, pod pogojem, da je prva spremenljivka že v modelu. V organizaciji so prisotni vsi tipi organizacijske kulture, vendar v različnih deležih (Schein, 1999), zato smo se odločili ugotoviti, katere kombinacije kultur najmočnejše vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih. Na podlagi vzorca zdravnikov in medicinskih sester v slovenskih splošnih bolnišnicah smo sprejeli sklep, da vsaj en tip organizacijske kulture statistično značilno vpliva na indikatorje zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu. Regresijski koeficienti so pokazali, da na indikatorje zadovoljstva zaposlenih statistično značilno pozitivno vplivajo naslednje kombinacije tipov organizacijskih kultur:

- organizacijska kultura adhokracija ($\beta = 0,391, p < 0,001$),
- organizacijski kulturi adhokracija ($\beta = 0,377, p < 0,001$) in trg ($\beta = 0,163, p = 0,002$),
- organizacijske kulture adhokracija ($\beta = 0,318, p < 0,001$), trg ($\beta = 0,219, p < 0,001$) in skupina ($\beta = 0,161, p = 0,006$).

Za organizacijsko kulturo hierarhija je bilo

Tabela 3: Pravokotna rotacija faktorjev zadovoljstva zaposlenih

Table 3: Varimax rotation method of job satisfaction

Trditve	Faktorji				
	1	2	3	4	5
Zaposleni cenijo delo druge poklicne skupine.	0,714	/	/	/	/
Zadovoljstvo z delom druge poklicne skupine.	0,666	/	/	/	/
Zaposleni spoštujejo delo druge poklicne skupine.	0,646	/	/	/	/
Priložnost sodelovati pri odločitvah, ki se nanašajo na delo zaposlenega.	/	0,858	/	/	/
Samostojno sprejemanje odločitev v okviru kompetenc.	/	0,682	/	/	/
Priložnost sodelovati pri odločitvah v zdravstvenem timu.	/	0,642	/	/	/
Za dobro opravljeno delo zaposleni prejmejo nagrado.	/	/	0,760	/	/
Zaposleni pri delu opravljajo le rutinske zadeve.	/	/	0,544	/	/
Vodja nadzira delo zaposlenih več, kot je potrebno.	/	/	0,545	/	/
Zaposleni bi svoje delo bolj kakovostno opravljali, če bi bili na delovnem mestu manj obremenjeni.	/	/	/	0,894	/
Delo z dokumentacijo zaposlenim vzame veliko časa.	/	/	/	0,471	/
Zaposleni bi pacientom nudili bolj kakovostno zdravstveno oskrbo, če bi imeli več časa za vsakega pacienta.	/	/	/	0,469	/
Zaposleni imajo na delovnem mestu dovolj avtonomije za samostojno odločanje o svojem delu.	/	/	/	/	0,736
Vodja pohvali zaposlene za dobro opravljeno delo.	/	/	/	/	0,513

ugotovljeno, da statistično značilno ne vpliva na zadovoljstvo zaposlenih ($p = 0,490$). V Tabeli 4 je prikazan multivariatni linearni regresijski model za indikatorje zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu.

kultura trga, sledijo kultura hierarhije, skupine in adhokracije. Med obema poklicnima skupinama obstajajo statistično značilne razlike pri ugotavljanju organizacijske kulture danes, in sicer pri organizacijskih

Tabela 4: Multivariatni linearni regresijski model za indikatorje zadovoljstva zaposlenih

Table 4: The multivariate linear regression model for indicators of job satisfaction

Model	R	R ²	popravljeni R ²	F	p
Organizacijska kultura adhokracija	0,391	0,153	0,150	55,73	< 0,001
Organizacijski kulturi adhokracija in trg	0,424	0,180	0,174	33,64	< 0,001
Organizacijske kulture adhokracija, trg in skupina	0,447	0,200	0,192	25,44	< 0,001

Legenda/Legend: R – korelacijski koeficient/the correlation coefficient; R² – determinacijski koeficient/ the coefficient of determination; popravljeni R² – popravljeni determinacijski koeficient/ the adjusted coefficient of determination; p – statistična značilnost pri 0,05 ali manj/statistically significant at 0.05 or less

Na podlagi ocene korelacijskega koeficienta smo ugotovili, da je povezanost med organizacijsko kulturo in indikatorji zadovoljstva zaposlenih pozitivna in srednje močna. Pri kombinaciji treh organizacijskih kultur, in sicer adhokracija, trg in skupina, je povezava najmočnejša ($R = 0,447$). Ocenjeni determinacijski koeficient je pokazal, da lahko 15 % variance indikatorjev zadovoljstva zaposlenih pojasnimo z organizacijsko kulturo adhokracija, 18 % s kombinacijo organizacijskih kultur adhokracija in trg ter 20 % s kombinacijo organizacijskih kultur adhokracija, trg in skupina.

Diskusija

V raziskavi smo na podlagi vzorčnih podatkov prikazali indikatorje, s katerimi lahko pojasnimo zadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu med zdravniki in medicinskimi sestrami v splošnih bolnišnicah v Sloveniji. Proučevali smo povezave med neodvisnimi in odvisnimi spremenljivkami. Identificirali smo naslednje indikatorje zadovoljstva: dobro sodelovanje, zadovoljstvo z vodenjem, zadovoljstvo z odločanjem, obremenjenost na delovnem mestu in avtonomija na delovnem mestu, medtem ko so v bolnišnici v Atlanti indikatorje zadovoljstva medicinskih sester pojasnili z vodenjem, sodelovanjem in podporo med zaposlenimi, sposobnostjo za menedžeriranje (Wade, et al., 2008). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Wang in sodelavci (2012), ki indikatorje zadovoljstva pojasnjujejo z osebnim dohodkom in nagradami, medpoklicnim sodelovanjem, profesionalnim razvojem, avtonomijo. Korelacijska analiza nam je pokazala šibko statistično značilno pozitivno povezanost med demografskimi dejavniki in indikatorji zadovoljstva zaposlenih, do podobnih ugotovitev so prišli tudi Carmeli (2005), Wade s sodelavci (2008), Tourangeau s sodelavci (2010) in Pavlakis s sodelavci (2011).

V naši raziskavi smo ocenili, da je v slovenskih splošnih bolnišnicah v največji meri prisotna organizacijska

kulturah adhokracija, skupina in trg. Pri zdravnikih sta bolj prisotni kulturi skupina in adhokracija, pri medicinskih sestrah pa trg. Golob (2006) je prišla do podobnih ugotovitev: v Domu starejših občanov Novo mesto prav tako prevladuje kultura trga, medtem ko v Splošni bolnišnici Celje prevladuje kultura skupine (Kragelj, 2010). Medicinske sestre ocenjujejo, da prevladuje kultura trga in hierarhije, najmanj pa je med zaposlenimi prisotna kultura skupine, najnižje je bila ocenjena trditev glede možnosti profesionalnega razvoja zaposlenih (Tsai, 2011). Zaposleni v naši raziskavi si v največji meri želijo organizacijske kulture skupine in manj hierarhije, adhokracije in trga. Med obema poklicnima skupinama obstajajo statistično značilne razlike glede želene organizacijske kulture v prihodnosti, in sicer pri organizacijski kulturi trg in hierarhija. Obeh kultur si zdravniki želijo več kot medicinske sestre. V Splošni bolnišnici Celje (Kragelj, 2010) in kanadski bolnišnici (Williams, et al., 2007) pa si zaposleni želijo več kulture adhokracije.

Starost anketirancev in število let zaposlitve nimata pomembnega vpliva na tip organizacijske kulture, medtem ko ima stopnja dosežene izobrazbe statistično značilen vpliv na kulturo adhokracije in kulturo hierarhije (Skela Savič, 2006). Carmeli (2005) ni ugotovil statistično značilne povezanosti med demografskimi podatki in tipi organizacijske kulture, medtem ko smo v slovenskih bolnišnicah ugotovili šibko statistično značilno pozitivno povezanost med demografskimi dejavniki (starost, delovne izkušnje, položaj na delovnem mestu, stopnja izobrazbe) in organizacijsko kulturo. Z enosmerno analizo variance smo ugotovili statistično značilne razlike med posameznimi stopnjami izobrazbe samo pri organizacijski kulturi trg. Najnižjo povprečno vrednost prisotne kulture v slovenskih bolnišnicah smo ocenili pri zaposlenih s tretjo stopnjo izobrazbe. Skela Savič (2006) je ugotovila, da višja kot je stopnja dosežene izobrazbe pri anketirancih, le-ti bolj ocenjujejo prisotnost kulture hierarhije in manj kulture adhokracije v njihovem delovnem okolju. Pri zdravstveni negi je bilo ugotovljeno, da višja kot

je stopnja izobrazbe, manj je organizacijska kultura v delovnem okolju ocenjena kot inovativna (Skela Savič, 2006). Pri željah za prihodnost so rezultati naše raziskave v slovenskih splošnih bolnišnicah pokazali statistično značilne razlike med skupinami pri organizacijski kulturi adhokracije. Omenjene kulture si najbolj želijo zaposleni s prvo stopnjo izobrazbe, najmanj pa zaposleni z drugo stopnjo izobrazbe.

Organizacijska kultura je statistično značilno pozitivno povezana z indikatorji zadovoljstva zaposlenih na delovnem mestu, vendar smo ugotovili, da so korelacije šibke. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Jacobs & Roodt (2008) in Tsai (2011). Indikatorji zadovoljstva zaposlenih so statistično značilno pozitivno povezani z organizacijskima kulturama skupina (Williams, et al., 2007; Park & Hyun, 2009) in trg, medtem ko pri kulturah hierarhija in adhokracija ni bilo ugotovljene statistično značilne povezave z indikatorji zadovoljstva (Park & Hyun, 2009). V naši raziskavi je regresijska analiza pokazala, da na indikatorje zadovoljstva zaposlenih najbolj statistično značilno pozitivno vpliva prisotnost treh tipov organizacijskih kultur, in sicer adhokracije, trga in skupine.

Omejitve raziskave

Metodološke omejitve raziskave so bile, da je bila raziskava izvedena v šestih od desetih splošnih bolnišnic, sodelovali so zaposleni v dejavnosti medicine in dejavnosti zdravstvene nege, pri zaposlenih v dejavnosti medicine je bila nižja odzivnost kot pri zaposlenih v zdravstveni negi. Rezultatov raziskave ne moremo posploševati, ker je bil uporabljen nenaključni, kvotni vzorec, pri katerem ne moremo ugotoviti kakovosti vzorčne ocene. Uporabili smo le kvantitativni raziskovalni pristop, metodo anketiranja. Schein (1999) pravi, da je pri ocenjevanju organizacijske kulture potrebno uporabiti tudi druge metode raziskovanja (intervju, metoda opazovanja, triangulacija ipd.). Rezultati analize organizacijske kulture so pokazali visoke vrednosti standardnih odklonov, kar pomeni veliko variabilnost podatkov, pri zdravnikih je bila le-ta večja kot pri medicinskih sestrah. Posamezne trditve v vprašalniku so bile ocenjene od 0 do 100.

Zaključek

Dosežena sta bila namen in cilj raziskave, ocenjeni so bili indikatorji zadovoljstva zaposlenih in značilnosti organizacijske kulture v splošnih bolnišnicah v Sloveniji ter primerjani z drugimi izvedenimi raziskavami v Sloveniji in svetu. V naši raziskavi smo potrdili spoznanja že izvedenih raziskav, da je v zdravstvenih organizacijah še vedno v visokem deležu prisotna organizacijska kultura hierarhija, za katero je značilen nadzor nad opravljenim delom

podrejenih zaposlenih. V slovenskih bolnišnicah je najmanj prisotna kultura, ki spodbuja uvajanje sprememb, zaposleni si v večji meri želijo kulturo skupine in hierarhije kot adhokracije. Pomemben kazalec uspešnosti vsake zdravstvene organizacije je zadovoljstvo zaposlenih, le-to je statistično značilno pozitivno povezano s kombinacijo organizacijskih kultur skupina, trg in adhokracija. Za organizacijsko kulturo hierarhija nismo ugotovili statistično značilne povezanosti z indikatorji zadovoljstva zaposlenih. Indikatorje zadovoljstva smo pojasnili z medsebojnim sodelovanjem med zaposlenimi, vodenjem, odločanjem in avtonomijo.

Prikazani rezultati dajejo veliko možnosti za nadaljnje raziskovanje. Predlagamo izvedbo raziskave na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstvenega varstva v Sloveniji in tujini z naključno izbranim reprezentativnim vzorcem vsaj treh poklicnih skupin ter uporabo mešanih metod raziskovanja, s katerimi bi povečali veljavnost raziskave. Smiselno bi bilo primerjati rezultate med posameznimi nivoji zdravstvenega varstva kot tudi med zaposlenimi posameznih poklicnih skupin v Sloveniji in v državah po svetu. V pregledu literature smo zasledili, da stres na delovnem mestu, izkoriščanje moči položaja, absentizem in fluktuacija statistično značilno vplivajo na nezadovoljstvo zaposlenih na delovnem mestu, zato bi bilo v prihodnje smiselno raziskati še ta področja in jih primerjati z raziskavami v svetu.

Zahvala

Zdravstvenemu menedžmentu in menedžmentu zdravstvene nege ter zaposlenim v zdravstveni negi in medicini se zahvaljujemo za sodelovanje v raziskavi.

Literature/Literatura

Alexander, J.A., Weiner, B.J., Shortell, S.M. & Baker, L.C., 2007. Does quality improvement implementation affect hospital quality of care? *Research and Perspectives on Healthcare*, 85 (2), pp. 11-20.

Alexander, J.A., Weiner, B.J., Shortell, S.M., Baker, L.C. & Becker, M.P., 2006. The role of organizational infrastructure in implementation of hospitals' quality improvement. *Research and Perspectives on Healthcare*, 84(1), pp. 11-19.

Bellou, V., 2007. Achieving long-term customer satisfaction through organizational culture. *Managing Service Quality*, 17(5), pp. 510-522.

<http://dx.doi.org/10.1108/09604520710817334>

Bosch, M., Halfens, R.J.G., van der Weijden, T., Wensing, M., Akkermans, R. & Grol, R., 2011. Organizational culture, team climate and quality management in an important patient safety issue: nosocomial pressure ulcers. *Worldviews on Evidence-*

Based Nursing, 8 (1), pp. 4-14.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2010.00187.x>
PMid:20367807

Cameron, S.K. & Quinn, R.E., 1999. *Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework*. San Francisco (CA): Addison-Wesley, pp. 12, 24-67.

Carmeli, A., 2005. The relationship between organizational culture and withdrawal intentions and behavior. *International Journal of Manpower*, 26 (2), pp. 177-195.
<http://dx.doi.org/10.1108/01437720510597667>

Cummings, G.G., Olson, K., Hayduk, L., Bakker, D., Fitch, M., Green, E., et al., 2008. The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *Journal of Nursing Management*, 16 (5), pp. 508-518.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00897.x>
PMid:18558921

Giallonardo, L.M., Wong, C.A. & Iwasiw, C.L., 2010. Authentic leadership of preceptors: predictor of new graduate nurses' work engagement and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 993-1003.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01126.x>
PMid:21073571

Golob, M., 2006. *Organizacijska kultura v zavodu Dom starejših občanov Novo mesto: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, pp. 26-27.

Jacobs, E. & Roodt, G., 2008. Organizational culture of hospitals to predict turnover intentions of professional nurses. *Health Sa Gesundheit*, 13 (1), pp. 63-78.
<http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v13i1.258>

Kawada, T. & Otsuka, T., 2011. Relationship between job stress, occupational position and job satisfaction using a brief job stress questionnaire. *Work*, 40 (4), pp. 393-399.
PMid:22130057

Kragelj, J., 2010. *Organizacijska kultura zaposlenih v zdravstveni negi v bolnišnici: magistrska naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper, pp. 31-35, 63. Available at: http://www.ediplome.fm-kp.si/Kragelj_Jozica_20100922.pdf [25. 5. 2014].

Ledderer, L., 2010. Bringing about change in patient-centred preventive care. *International Journal of Public Sector Management*, 23 (4), pp. 403-412.
<http://dx.doi.org/10.1108/09513551011047297>

Lorber, M. & Skela Savič, B., 2012. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. *Croatian Medical Journal*, 53, pp. 263-270.
<http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2012.53.263>
PMid:22661140; PMCID:PMC3368291

Murrells, T., Robinson, S. & Griffiths, P., 2009. Nurses' job satisfaction in their early career: is it the same for all branches of nursing? *Journal of Nursing Management*, 17 (1), pp. 120 – 134.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00854.x>
PMid:19166530

Park, J.S. & Hyun, K.T., 2009. Do types of organizational culture matter in nurse job satisfaction and turnover intention? *Leadership in Health Services*, 22 (1), pp. 20-38.
<http://dx.doi.org/10.1108/17511870910928001>

Pavakis, A., Kaitelidou, D., Theodorou, M., Galanis, P., Sourtzi, P. & Siskou, O., 2011. Conflict management in public hospitals: the Cyprus case. *International Nursing Review*, 58 (2), pp. 242-248.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00880.x>
PMid:21554299

Reyes-Alcázar, V., Sotillos-González, B., Torres-Olivera, A., 2009. Organizational value of healthcare quality awards in Andalusia. *Leadership and Organization Development Journal*, 30(5), pp. 475-487.
<http://dx.doi.org/10.1108/01437730910968723>

Sammer, C.E., Lykens, K., Singh, K.P., Mains, D.A. & Lackan, N.A., 2010. What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), pp. 156-165.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>
PMid:20618600

Schein, E.H., 1999. *The Corporate Culture Survival Guide: sense and nonsense about culture change*. San Francisco (CA): Jossey-Bass Publishers, p. 21.

Scott, S.D. & Pollock, C., 2008. The role of nursing unit culture in shaping research utilization behaviors. *Research in Nursing & Health*, 31, pp. 298-309.
<http://dx.doi.org/10.1002/nur.20264>
PMid:18231975

Skela Savič, B., 2006. Organizacijska kultura in uvajanje sprememb v slovenskih bolnišnicah: subkulture in mesto zdravstvene nege? *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), pp. 187-196.

Skela Savič, B., 2007. *Dejavniki uspešnega izvajanja sprememb v slovenskem zdravstvu: doktorska disertacija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede Kranj, pp. 38-40.

Taunton, R.L., Bott, M.J., Koehn, M.L., Miller, P., Rindner, E., Pace, K., et al., 2004. The NDNQI-adapted index of work satisfaction. *Journal of Nursing Measurement*, 12(2), pp. 101-122.
<http://dx.doi.org/10.1891/jnum.2004.12.2.101>
PMid:16092709

Tourangeau, A., Cranley, L., Spence Laschinger, H.K. & Pachis, J., 2010. Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term

care. *Journal of Nursing Management*, 18(8), pp. 1060-1072.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01125.x>
 PMid:21073577

Tsai, Y., 2011. Relationship between organizational culture, leadership behaviour and job satisfaction. *Health Services Research*, 11(4), pp. 1-9.

Wade, G.H., Osgood, B., Avino, K., Bucher, G., Bucher, L., Foraker, T., et al., 2008. Influence of organizational characteristics and caring attributes of managers on nurses's job enjoyment. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), pp. 344-353.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04775.x>
 PMid:18990113

Wang, X., Chontawan, R. & Nantsupawat, R., 2012. Transformational leadership: effect on the job satisfaction of Registered Nurses in a hospital in China. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), pp. 444-451.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05762.x>
 PMid:21771039

Williams, M.L., McDaniel M.A. & Ford, L.R., 2007. Understanding multiple dimensions of compensation satisfaction. *Journal of Business and Psychology*, 21 (3), pp. 429-459.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10869-006-9036-3>

Zangaro, G.A., & Soeken, K.L., 2005. Meta-analysis of the reliability and validity of part b of the index of work satisfaction across studies. *Journal of Nursing Measurement*, 13(1), pp. 7-22.
<http://dx.doi.org/10.1891/jnum.2005.13.1.7>
 PMid:16315567

Zazzali, J.L., Alexander, J.A., Shortell, S.M. & Burns, L.R., 2007. Organizational culture and physician satisfaction with dimensions of group practice. *Health Services Research*, 42 (3), pp. 1150-1176.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00648.x>
 PMid:17489908; PMCID:PMC1955261

Cite as/Citirajte kot:

Skinder Savić, K. & Skela-Savič, B. 2014. Organizational culture in general hospitals and its relationship with job satisfaction. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), 88-103. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.20>

Izvirni znanstveni članek/Original article

Verbalno in posredno nasilje v urgentni dejavnosti

Verbal and indirect violence in emergency services

Karmen Jerkič, Katarina Babnik, Igor Karnjuš

Ključne besede: psihično nasilje; zdravstvena nega; urgentne ambulante

Key words: psychological violence; nursing care; emergency departments

Karmen Jerkič, dipl. m. s.,
Splošna Bolnišnica »Franca
Derganca«, Ulica padlih borcev
13A, 5290 Šempeter pri Gorici
Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
karmen.jerkic@gmail.com

doc. dr. Katarina Babnik,
univ. dipl. psih., Univerza na
Primorskem, Fakulteta za vede
o zdravju, Polje 42, 6310 Izola

pred. Igor Karnjuš, dipl. zn.,
mag. zdr. neg.; Univerza na
Primorskem, Fakulteta za vede
o zdravju, Polje 42, 6310 Izola

IZVLEČEK

Uvod: Namen raziskave je bil proučiti pojavnost verbalnega in drugih oblik posrednega nasilja na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti, in sicer identificirati pogostost doživljanja, oblike nasilja, najpogostejše povzročitelje nasilja, zaznane vzroke ter demografske spremenljivke zaposlenih, ki nasilje na delovnem mestu zaznavajo pogosteje.

Metode: Raziskava je bila opravljena na nenaključnem vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi v urgentnih ambulantah primarne in sekundarne ravni zdravstvenega varstva ($n = 62$) v severnoprimerški regiji. Uporabljen je bil strukturirani vprašalnik, ki je vključeval 18 vprašanj. Podatki so bili obdelani s frekvencami, strukturnimi deleži in testom χ^2 .

Rezultati: Dve tretjini udeležencev (46 izborov oz. 74,2 %) je že doživelo verbalno ali druge oblike posrednega nasilja na delovnem mestu, predvsem v obliki aktivnega neposrednega verbalnega nasilja s strani svojcev in pacientov. Najpogosteje zaznani razlogi nasilja so neustrezni, prenapolnjeni čakalni prostori (36 izborov). Tovrstno nasilje pogosteje zaznavajo zaposleni z daljšo delovno dobo ($\chi^2 = 9,841$, $p = 0,003$) ter starejši delavci ($\chi^2 = 4,891$, $p = 0,041$). Stopnja verbalnega in posrednega nasilja se je po oceni udeležencev z leti zmeroma opazno povečala.

Diskusija in zaključek: Dobljeni rezultati so primerljivi z rezultati raziskav v tujini. Nadaljnje raziskave se morajo usmeriti v podrobnejšo fenomenološko izkušnjo doživljanja nasilja na delovnem mestu.

ABSTRACT

Introduction: The purpose of the research was to study the incidence of verbal and other forms of indirect violence on a sample of employees in nursing care in emergency services, namely: to identify the frequency of experiencing the violence, different forms, the most common perpetrators of verbal abuse, perceived causes and demographic variables of the employees in relation to a higher frequency of detection of violence at work.

Methods: The study was conducted on a non-random sample of health care workers in the emergency departments on the primary and secondary health care level ($n = 62$). The questionnaire included 18 closed-ended questions. Data were described on the basis of the calculated frequencies, proportions and χ^2 test.

Results: Two-thirds of the participants (46 responses or 74.2 %) had experienced verbal or other forms of indirect violence at the workplace, especially in the forms of verbal indirect active aggression from family members and patients. The most frequent reasons for abuse are: inadequate, overcrowded waiting rooms (36 responses). Senior nursing care workers ($\chi^2 = 9.841$, $p = 0.003$) and older workers ($\chi^2 = 4.891$, $p = 0.041$) are more likely to experience verbal and indirect forms of violence. Respondents perceive that the levels of verbal and indirect violence have moderately to markedly increased over the years.

Discussion and conclusion: The results obtained are comparable with the results of studies abroad. Further studies of workplace violence should focus more on the detailed phenomenological experience of victims.

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Karmen
Jerkič *Pogostost in oblike
verbalnega nasilja v urgentnih
ambulantah goriške regije*
(2013).

Prejeto/Received: 6. 1. 2014
Sprejeto/Accepted: 13. 5. 2014

Uvod

Verjetnost, da zaposleni v zdravstveni negi doživijo nasilje na delovnem mestu je trikrat večja kot pri drugih poklicnih skupinah v zdravstvu (Roche, et al., 2010; Esmaeilpour, et al., 2011). Med področji dela v zdravstveni negi je urgentna dejavnost nasilju bolj izpostavljena (Luck, et al., 2008). Razlogov za to je več in jih v grobem lahko razvrstimo v tri kategorije. Prva izhaja iz dejstva, da so urgentne ambulate vstopna točka vsem nenačrtovanim in nujnim primerom, tu se namreč načrtuje nadaljnja zdravstvena obravnava pacienta (Esmaeilpour, et al., 2011); medicinske sestre so pri tem prvi kontakt pacientov z zdravstveno ustanovo (Catlette, 2005). Urgentne ambulate so pogosto prenapolnjene, čakalna doba je dolga, medicinske sestre so zato v očeh pacientov interpretirane kot nekompetentne in zdravstvena ustanova kot neučinkovita, saj ne zagotavlja zadostnega števila kadra (Esmaeilpour, et al., 2011). Nestrpnost pacientov povečuje tudi medijsko oblikovana podoba urgentnih ambulant, ki je pogosto izrazito čustveno obarvana, s prikazom pacientov, katerih anksioznost, strah in občutek nemoči povečuje neznanost in na videz kaotično zdravstveno okolje (Luck, et al., 2008). Med razlogi pojavljanja nasilnih dejanj nad zaposlenimi v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti je tudi vpliv alkohola in nedovoljenih drog na pacientovo vedenje (Ferns, et al., 2005). Čeprav raziskave potrjujejo, da predvsem pri moških alkohol povečuje verjetnost fizičnega nasilnega vedenja (Rolfe, et al., 2006), pogosta hipoteza, da so moški na splošno bolj fizično agresivni kot ženske in da ženske izkazujejo bolj posredne oblike agresivnosti, v raziskavah ni dosledno potrjena (Artz, et al., 2008). Tretja skupina dejavnikov, ki vplivajo na stopnjo nasilnih dejanj v urgentnih ambulantah, je zdravstveno stanje pacientov ter odzivi pacientov in njihovih svojcev na urgentna stanja (Luck, et al., 2007). Nekatere diagnoze in življenjsko ogrožajoča stanja povečujejo verjetnost, da se pacienti, njihovi svojci ali prijatelji odzovejo nasilno (Winstanley & Whittington, 2004).

V Sloveniji se nasilje v zdravstveni negi sistematično raziskuje, prepoznava in obravnava (Klemenc & Pahor, 2004). Naš namen je osvetliti področje verbalnega in posrednega nasilja do zaposlenih v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti. Pri tem se posebej osredotočamo na pojav verbalnega in posrednega nasilja, saj raziskave tem oblikam nasilja v urgentni dejavnosti posvečajo manj pozornosti. V pregledu raziskav na področju nasilja v urgentni dejavnosti Taylor in Rew (2011) povzemata devet raziskav, med katerimi le tri proučujejo tako fizično nasilje kot tudi bolj posredne (nefizične) oblike nasilja na vzorcu medicinskih sester, ostale predstavljene raziskave v pregledu, se posvečajo proučevanju zgolj fizičnega nasilja, in sicer na mešanem vzorcu zdravstvenih delavcev v urgentni dejavnosti.

Opredelitev verbalnega in posrednega nasilja

Posredne oblike nasilja, ki ne vključujejo elementov fizičnega napada oz. vključujejo manj neposredna dejanja v odnosu do žrtve, imenujemo: relacijsko nasilje, prikrito nasilje, socialna agresija ali socialna manipulacija, verbalno ali emocionalno nasilje (Moroschan, et al., 2009). Fizično nasilje vključuje fizični kontakt med izvajalcem nasilja in žrtvijo nasilja; verbalno nasilje vključuje vedenja, kot so vpitje, grožnja, podajanje opazk ipd. (Babnik, et al., 2012). Posredno nasilje se razlikuje od fizičnega in verbalnega nasilja, saj vključuje uporabo posrednih metod prizadejanja škode osebi (Moroschan, et al., 2009).

Pojavnost verbalnega in/ali posrednega nasilja v urgentnih ambulantah

Med 35 % in 80 % zdravstvenega osebja je v času svojega dela v nevarnosti, da postanejo žrtve nasilnega dejanja, pri čemer so zaposleni v zdravstveni negi najbolj ogrožena skupina (Clements, et al., 2005). Tudi v slovenskem prostoru so zaposleni v zdravstveni negi izpostavljeni nasilju, in sicer pogostejše psihičnemu (verbalnemu in drugim posrednim oblikam nasilja) kot fizičnemu ali spolnemu nasilju (Babnik, et al., 2012).

V nadaljevanju povzemamo raziskave o pogostosti verbalnega nasilja nad medicinskimi sestrami v urgentni dejavnosti. Winstanley in Whittington (2004) v primerjalni raziskavi pogostosti in oblik nasilja na različnih oddelkih splošne bolnišnice v Veliki Britaniji ugotavljata, da zdravstveni delavci (v vzorcu so bile vključene tudi medicinske sestre) na urgentnem oddelku bolnišnice v primerjavi z drugimi oddelki pogostejše doživljajo verbalno kakor fizično nasilje. Ryan in Maguire (2006) potrjujeta, da je v mesecu pred anketiranjem 81 % medicinskih sester v urgentni dejavnosti na Irskem doživelo verbalno nasilje in 26 % fizično nasilje. Kwok in sodelavci (2006) na vzorcu 420 medicinskih sester urgentne dejavnosti v Hong Kongu poročajo o verbalnem nasilju kot o najpogostejši obliki nasilja (73 %), ki so jo medicinske sestre doživele v zadnjih dvanajstih mesecih pred anketiranjem, po pogostosti sledijo posredno nasilje (bullying), fizično nasilje in spolno nasilje. Gacki-Smith in sodelavci (2009) poročajo o raziskavi, opravljeni na vzorcu 3.465 medicinskih sester v urgentni dejavnosti: 50 % vključenih v raziskavo je že doživelo fizično nasilje, in sicer v obliki brcanja, udarcev, porivanja in praskanja, 70 % jih je že doživelo verbalno nasilje, in sicer v obliki nadiranja in verbalnega poniževanja. Esmaeilpour in sodelavci (2011) so proučevali pogostost pojavljanja verbalnega in fizičnega nasilja med 186 medicinskimi sestrami, zaposlenimi v urgentnih ambulantah enajstih bolnišnic v Iranu. Verbalno nasilje je v zadnjih dvanajstih mesecih pred anketiranjem doživelo

91,6 % vprašanih, fizično nasilje pa 19,7 %. Pinar in Ucmak (2011) na vzorcu 255 medicinskih sester v urgenci v Turčiji ugotavljata, da je v zadnjem letu pred anketiranjem verbalno nasilje doživelo 91,4 % udeležencev raziskave, fizično nasilje pa 74,9 %, zato se 65,1 % vprašanih nikoli ne počuti varne na delovnem mestu.

V dosedanjih raziskavah se nakažejo tudi nekateri pomembni dejavniki vpliva na pojavnost verbalnega in drugih oblik posrednega nasilja do zaposlenih v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti. Najpogostejši izvajalci verbalnega in drugih posrednih oblik nasilja so svojci pacientov (Esmaeilpour, et al., 2011) ali pacienti (Kwok, et al., 2006). Tudi raziskave, ki zajemajo različne poklicne profile v zdravstvu in rezultatov ne segmentirajo po poklicnih skupinah, poročajo o pacientih kot najpogostejših izvajalcih verbalnega in drugih posrednih oblik nasilja v urgentni dejavnosti (James, et al., 2006; Luck, et al., 2008; Pinar & Ucmak, 2011). Z vidika področja dela je v sklopu urgentne dejavnosti največ nasilja, tudi verbalnega, prav v urgentnih ambulantah splošnih bolnišnic (Kwok, et al., 2006). Povzročitelji nasilja so pogosteje moški (pacienti in/ali svojci) (Pinar & Ucmak, 2011), glede ugotovitev o vlogi spola žrtve na pojavnost nasilja pa se raziskave razlikujejo. Gacki-Smith in sodelavci (2009) ugotavljajo, da v urgentni dejavnosti ženske statistično pogosteje kot moški doživljajo verbalno (pa tudi fizično) nasilje, Kwok in sodelavci (2006) pa potrjujejo, da med moškimi in ženskami glede pogostosti doživljanja nasilja na delovnem mestu ni razlik. Raziskave se razlikujejo tudi glede ugotovitev o času, ko je nasilnih dejanj največ. Gacki-Smith in sodelavci (2009) potrjujejo, da je verbalnega nasilja več v času nočne izmene, Esmaeilpour in sodelavci (2011) pa ugotavljajo, da je nasilnim dejanjem bolj podvržena dopoldanska izmena (med 7. in 14. uro). Med drugimi dejavniki, ki jih študije vključujejo kot možne dejavnike verbalnega nasilja na področju urgentne dejavnosti, so tudi delovna doba in izobrazba zdravstvenih delavcev. Raziskave se razlikujejo tudi glede ugotovitev o vlogi delovne dobe pri zaznani stopnji nasilja (Zampieron, et al., 2010). Hahn in sodelavci (2010) potrjujejo, da so medicinske sestre, ki delajo v zdravstveni negi več kot štiri leta, bolj verjetno žrtev verbalnega nasilja kakor medicinske sestre, ki so zaposlene manj kot štiri leta; Zampieron in sodelavci (2010) nasprotno ne potrjujejo vloge delovne dobe na verjetnost doživljanja nasilja na delovnem mestu medicinske sestre. Podobno se tudi izobrazbena raven medicinskih sester ter s tem povezana vrsta dela ne potrjujeta vedno kot dejavnik verjetnosti doživljanja nasilja na delovnem mestu (Wells & Bowers, 2002; Zampieron, et al., 2010).

Iz pregleda objavljenih raziskav je razvidno, da zaposleni v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti nasilje doživljajo pogosto. Pri tem je verbalno nasilje najpogostejša oblika nasilnih dejanj.

Namen in cilji

Raziskave, ki bi neposredno zajela le proučevanje verbalnega in posrednega nasilja v urgentni dejavnosti do danes nismo zasledili, zato je namen raziskave proučiti pojavnost verbalnega in drugih oblik posrednega nasilja na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti. Cilji raziskave so odgovoriti na naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kako pogosto zaposleni v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti doživljajo verbalno in posredno nasilje ter kateri so zaznani razlogi nasilja v urgentni dejavnosti?
2. Kateri so najpogostejši povzročitelji nasilja?
3. Katere demografske značilnosti zaposlenih v urgentni dejavnosti se povezujejo z večjo pogostostjo zaznavanja nasilja na delovnem mestu?
4. Kako zaposleni zaznavajo spreminjanje stopnje verbalnega in drugih posrednih oblik nasilja v času (povečanje oz. zmanjšanje le-tega)?
5. Kateri so najpogostejše oblike verbalnega in posrednega nasilja, ki jih doživljajo zaposleni v urgentni dejavnosti?

Metode

Uporabljena je kvantitativna deskriptivna metoda raziskovanja z uporabo strukturiranega vprašalnika.

Opis instrumenta

Vprašalnik, ki so ga oblikovali avtorji raziskave, je zajemal 18 vprašanj. Prvih šest je bilo splošnega tipa in so se nanašala na starost, spol, izobrazbo in delovno mesto anketirancev. V drugem delu so anketiranci odgovarjali na vprašanja, ki so se nanašala na nasilje na delovnem mestu. Vprašanja so bila zaprtega tipa z enim ali več možnimi odgovori, ki so bili vnaprej zastavljeni na podlagi rezultatov predhodnih raziskav (Ferns, et al., 2005; Hahn, et al., 2010; Esmaeilpour, et al., 2011; Magnavita & Heponiemi, 2011), nanašala so se na verbalno in posredno nasilje na delovnem mestu:

- pogostost (incidenca in časovni intervali), oblike (najbolj pogoste oblike verbalnega in posrednega nasilja: dajanje pripomb, zmerjanje, vpitje, grobe besede, opravljanje, grožnje, ustrahovanje, obsojanje, ignoriranje) in zaznani vzroki verbalnega in posrednega nasilja,
- izvajalci nasilja in njihove značilnosti (izbor najpogostejše kategorije izvajalcev izmed ponujenih: svojci, pacienti, nadrejeni in sodelavci; stopnja stresnosti doživljanja nasilja s strani posamezne kategorije izvajalcev; spol in starost izvajalcev nasilja),
- spremembe pogostosti doživljanja nasilja v času (ali se pogostost nasilja povečuje, zmanjšuje ali ostaja v času nespremenjena ter zaznani razlogi za to),

- odzivi in ukrepi zaposlenih v zdravstveni negi ob pojavu nasilja (občutja, čustva in interpretacije nasilnih dejanj, viri socialne opore, odločitev v zvezi s prijavo nasilja ter razlogi za tako odločitev).

Vprašalnik je oblikovan na ciljih raziskave, ki so primarno usmerjeni v opisno proučevanje izbranega pojava, zato je zasnovan tako, da omogoča pridobivanje opisnih podatkov (identifikacija in klasifikacija pojavov in pomenov). Vprašalnik je zasnovan na rezultatih predhodnih raziskav (Ferns, et al., 2005; Hahn, et al., 2010; Esmaeilpour, et al., 2011; Magnavita & Heponiemi, 2011), ki mu dajejo vsebinsko veljavnost. Le-ta je namreč opredeljena s kakovostjo vsebine instrumenta oz. z dejstvom, da instrument vključuje tiste konceptualne vsebine, za merjenje katerih je bil sestavljen (Bucik, 1997). Zanesljivosti vprašalnika nismo posebej ugotavljali, saj je tudi njegova struktura manj primerna za zaključevanje v zvezi s psihometričnimi značilnostmi uporabljenega instrumenta.

Opis vzorca

Uporabljen je bil namenski vzorec. V raziskavi so sodelovali zaposleni v zdravstveni negi v urgentnih ambulantah primarne in sekundarne ravni zdravstvenega varstva v severnoprimerški regiji, in sicer iz treh zdravstvenih ustanov primarne in ene zdravstvene ustanove sekundarne ravni zdravstvenega varstva. Od skupno 90 posredovanih vprašalnikov je v raziskavi sodelovalo 62 (68,89 % odzivnost) oseb, 36 (58,1 %) s primarne ravni zdravstvenega varstva in 26 (41,9 %) s sekundarne. V raziskavi je sodelovalo 30 moških (48,4 %) in 32 žensk (51,6 %). Enakomerno zastopanost obeh spolov med udeleženci raziskave lahko pripišemo predvsem dejstvu, da so bile v raziskavo vključene zdravstvene ustanove, v katerih se urgentna dejavnost izvaja na primarni ravni zdravstvenega varstva. Med zaposlenimi v sklopu te ravni (reševalci) je delež moških večji kot na drugih področjih dela v zdravstveni negi. Večina udeležencev raziskave je imela srednješolsko izobrazbo ($n = 50$, 80,6 %), sledila je višja oz. visokošolska izobrazba ($n = 8$, 12,9 %), štirje udeleženci (6,4 %) so imeli univerzitetno izobrazbo oz. strokovni magisterij ali več. Ostali demografski podatki so prikazani v Tabeli 1.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo aprila 2013. Udeleženci so se prostovoljno odločali za sodelovanje v raziskavi; vprašalnik in izvedba postopka anketiranja sta udeležencem zagotavljala anonimnost. Pred pričetkom raziskave so bila za izvedbo le-te pridobljena pisna soglasja vodstva vseh štirih zdravstvenih zavodov, katerih zaposleni so sodelovali v raziskavi. Podatke smo analizirali s pomočjo programov SPSS 20.0 in

Microsoft Excel 2007. Podatki so opisani na podlagi izračunanih frekvenc in pripadajočih strukturnih deležev. Za podrobnejšo analizo podatkov je bil uporabljen test hi-kvadrat in Fisherjev natančni test verjetnosti za analizo majhnih vzorcev. Vrednosti $p < 0,05$ so veljale za statistično značilne.

Tabela 1: Demografski podatki udeležencev raziskave
Table 1: Demographic data of the study participants

Demografski podatki	<i>n</i>	%
Starost		
20–30 let	13	21,0
31–40 let	15	24,2
41–50 let	22	35,4
51–60 let	12	19,4
Delovna doba		
< 10 let	13	21,0
11–20 let	17	27,3
21–30 let	20	32,3
> 31 let	12	19,4
Delovna doba v UD		
< 10 let	34	54,8
11–20 let	20	32,3
21–30 let	5	8,1
> 31 let	3	4,8

Legenda/Legend: *n* – število/number; % - odstotek/percentage;
UD – urgentna dejavnost/emergency service

Rezultati

Pogostost doživljanja verbalnega nasilja v urgentni dejavnosti ter razlogi za nasilje

Odgovori kažejo, da je kar 46 oz. 74,2 % vseh udeležencev raziskave že doživelo verbalno nasilje na delovnem mestu. Pojavnost verbalnega nasilja na delovnem mestu udeleženci sekundarne ravni zdravstvenega varstva zaznavajo v nekoliko višjem deležu (92,3 %) v primerjavi z udeleženci primarne ravni zdravstvenega varstva (61,1 %) ($\chi^2 = 8,591$, $p = 0,007$). Analiza odgovorov glede pogostosti doživljanja verbalnega nasilja na delovnem mestu je pokazala, da se 16 udeležencev (25,8 %) z verbalnim nasiljem sooča tedensko, 20 udeležencev (32,3 %) mesečno, 26 (41,9 %) pa le občasno oz. nikoli.

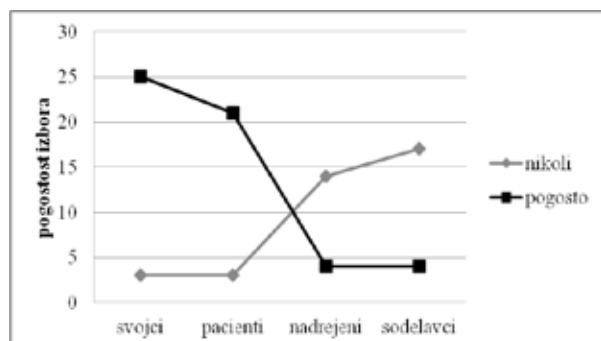
Med razlogi pojavov verbalnih nasilnih dejanj udeleženci najpogosteje navajajo naslednje (v anketi so udeleženci lahko izbrali več odgovorov hkrati): i) neustrezni, prenapolnjeni čakalni prostori (36 izborov), ii) dolgotrajni postopki obravnave (31 izborov), iii) zloraba psihoaktivnih substanc (prepovedane droge) in alkohola (30 izborov), iv) strah pacientov pred neznanim (28 izborov).

Udeležence smo vprašali, kateri so, po njihovem mnenju, trije najpomembnejši družbeni vzroki, ki vplivajo na pojavnost verbalnega nasilja v zdravstvu. Večina jih meni, da do tega prihaja predvsem zaradi: i) povečevanja nestrpnosti do zdravstva preko medijev in sredstev javnega obveščanja (49 izborov), ii) nejasno definiranih obveznosti in odgovornosti pacientov do zdravstvenega sistema (35 izborov), iii) pretiranega poudarjanja pacientovih pravic (33 izborov) ter iv) nizkega družbenega statusa zdravstvenega poklica (zdravstvene nege) (29 izborov).

Večina udeležencev ($n = 56$, 90,3 %) še nikoli ni prijavila povzročitelja verbalnega nasilja na delovnem mestu. Menijo, da sprožanje prijavnega postopka ne bi imelo nobenega učinka (nič se ne bi zgodilo) (27 izborov) oz. bi to povzročilo več neprijetnosti kot samo reševanje situacije na delovnem mestu (22 izborov); prav tako precejšnje število udeležencev meni, da je verbalno nasilje sestavni del njihove službe (22 izborov).

Povzročitelji verbalnega nasilja

Kot pogosto skupino povzročiteljev verbalnega nasilja na delovnem mestu so anketirani največkrat ocenili svojce pacientov (25 izborov), sledijo jim pacienti sami (21 izborov); nadrejeni in sodelavci so ocenjeni kot najmanjša skupina povzročiteljev verbalnega nasilja. Slika 1 prikazuje pogostost izbora odgovorov med skrajnimi vrednostmi (nikoli in pogosto).



Slika 1: Povzročitelji verbalnega nasilja na delovnem mestu

Figure 1: Inducers of verbal violence at the workplace

Udeleženci kot najbolj obremenjujoče in stresno navajajo verbalno nasilje, povzročeno s strani pacientov ($n = 22$, 35,5 %), sledi verbalno nasilje s strani svojcev ($n = 15$, 24,9 %), nadrejenih ($n = 13$, 20,9 %) in sodelavcev ($n = 12$, 18,7 %). Večina udeležencev ($n = 40$, 64,5 %) ne zaznava opaznih razlik glede na spol povzročiteljev verbalnega nasilja. Navajajo, da verbalno nasilje najpogosteje sprožajo osebe, stare med 31 in 50 let ($n = 47$, 75,8 %). Mlajše generacije (do 30 let starosti) so udeleženci navedli le v 4,8 %.

Vloga spola, starosti, delovne dobe in izobrazbe na zaznavanje verbalnega nasilja

Verbalno nasilje v večji meri zaznavajo ženske (90,6 %) kot moški (56,7 %) ($\chi^2 = 9,841$, $p = 0,003$). Udeležence smo porazdelili glede na celotno delovno dobo v dve skupini: do 20 let delovne dobe ($n = 30$) in nad 20 let delovne dobe ($n = 32$). Zaposleni v zdravstveni negi z več delovne dobe verbalno nasilje na delovnem mestu zaznavajo v večji meri (90,6 %) kot tisti, ki imajo krajši delovni staž (56,7 %) ($\chi^2 = 9,841$, $p = 0,003$). Prav tako smo udeležence porazdelili v dve skupini glede na starost: do 40 let starosti ($n = 28$) in starejše od 40 let ($n = 34$). Nasilje na delovnem mestu starejši udeleženci zaznavajo v večji meri (85,3 %) kot mlajši (60,7 %) ($\chi^2 = 4,891$, $p = 0,041$). Izobrazba in s tem povezana raven dela se nista pokazali kot pomemben dejavnik doživljanja verbalnega nasilja na delovnem mestu. Med zaposlenimi v urgentni dejavnosti v severnopriforski regiji, ki imajo zaključeno srednješolsko izobrazbo ter visokošolsko ali višješolsko strokovno izobrazbo ($\chi^2 = 0,639$, $p = 0,714$), glede pogostosti doživljanja verbalnega nasilja ni statistično pomembnih razlik.

Zaznano spreminjanje stopnje verbalnega nasilja v času

Večji delež udeležencev navaja, da se je verbalno nasilje v zadnjih letih zmerno povečalo ($n = 21$, 33,9 %) oz. da je prišlo do opaznega povečanja ($n = 22$, 35,5 %). Le manjši delež udeležencev ($n = 19$, 30,6 %) navaja, da je stanje ostalo nespremenjeno. Podrobnejša analiza je pokazala, da obstajajo statistično pomembne razlike v zaznavanju porasta nasilja med spoloma, delovno dobo udeležencev ter tudi glede na raven zdravstvenega varstva (Tabela 2).

Oblike verbalnega in posrednega nasilja v urgentni dejavnosti

Udeležence raziskave smo v anketi vprašali tudi o najpogostejših oblikah verbalnega nasilja in posrednega nasilja, ki se pojavljajo na delovnem mestu. Med navedenimi so lahko izbrali tri najpogostejše oblike, s katerimi se srečujejo na delovnem mestu. V Tabeli 3 so navedene oblike verbalnega nasilja, ki so jih udeleženci lahko izbrali, in izračunane frekvence glede na skupno število odgovorov, spol in raven zdravstvenega varstva.

Diskusija

Namen raziskave je bil proučiti pojavnost verbalnega in drugih oblik posrednega nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti. Rezultati raziskave, opravljene na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti

Tabela 2: Zaznavanje stopnje porasta nasilja na delovnem mestu glede na spol, starost, delovno dobo in raven zdravstvenega varstva in rezultati testa hi-kvadrat o porazdelitvi odgovorov

Table 2: Detection rate of increase in violence in the workplace based on gender, age, seniority, and level of health care and the results of chi-square test of the response distribution

Odvisna spremenljivka	Podkategorija	Zaznavanje stopnje porasta nasilja			
		1 (%)	2 (%)	3 (%)	χ^2 (p)
Spol	Moški	40,0	40,0	20,0	6,232
	Ženske	21,9	28,1	50,0	(0,044)
Starost	20 do 40 let	46,4	25,0	28,6	6,024
	> 40 let	17,6	41,2	41,2	(0,049)
Delovna doba	< 20 let	46,7	23,3	30,0	7,267
	> 20 let	15,6	43,8	40,6	(0,026)
Raven zdravstvenega varstva	Primarna	30,6	50,0	19,4	12,818
	Sekundarna	30,8	11,5	57,7	(0,002)

Legenda/Legend: 1 – enako/equal; 2 – zmerno povečanje/moderate increase; 3 – opazno povečanje/noticeable increase; % – odstotek/percentage; χ^2 – vrednost hi-kvadrat/chi-square value; p – verjetnost, da so odstopanja med dejanskimi in teoretičnimi frekvencami zgolj slučajna/the likelihood rate that the discrepancies between the actual and theoretical frequencies are random

Tabela 3: Najpogostejše oblike verbalnega nasilja na delovnem mestu

Table 3: The most common forms of verbal violence at the workplace

Oblika verbalnega nasilja	Skupaj	Pogostost izbora (n)			
		Spol		Raven zdravstvenega varstva	
		Moški	Ženske	Primarna	Sekundarna
Dajanje pripomb na delo	40	20	20	24	16
Zmerjanje, vpitje, grobe besede	37	17	20	20	17
Opravljanje za hrbtom	25	16	9	13	12
Grožnje, ustrahovanje	21	8	13	8	13
Obsojanje	20	8	12	11	9
Ignoriranje	11	4	7	6	5
Vse od naštetega	2	1	1	1	1

Legenda/Legend: n – število/number

primarnega in sekundarnega zdravstvenega varstva v severnoprimerški regiji, kažejo, da je skoraj dve tretjini udeležencev že doživelo verbalno ali druge oblike posrednega nasilja na delovnem mestu. Pogostost pojavljanja verbalnega nasilja je občasna do mesečna. Da je pogostost verbalnega in drugih posrednih oblik nasilja v slovenskem zdravstvenem prostoru visoka, potrjujejo tudi nacionalne raziskave (Babnik, et al., 2012). Visoko pojavnost takih oblik nasilja potrjujejo tudi v mednarodnem prostoru (Ferrinho, et al., 2003; Oztunc, 2006). Med razlogi pojavljanja verbalnega nasilja in drugih nasilnih dejanj udeleženci najpogosteje navajajo neustrezne, prenapolnjene čakalne prostore, dolgotrajne postopke obravnave in zlorabo alkohola in/ali uporabo prepovedanih substanc. O podobnih vzrokih nasilja v urgentnih ambulantah poročajo tudi tuje raziskave (Ferns, et al., 2005; Esmaeilpour, et al., 2011).

Raziskava potrjuje, da so najpogostejši povzročitelji verbalnega in drugih oblik posrednega nasilja v

urgentni dejavnosti v severnoprimerški regiji svojci pacientov oz. pacienti sami. Udeleženci raziskave kot najbolj obremenjujoče in stresno navajajo doživljanje verbalnega nasilja s strani pacientov, v manjši meri s strani svojcev, nadrejenih in sodelavcev. Raziskave (Anderson, et al., 2010) potrjujejo, da nasilje pacientov nad zdravstvenimi delavci zmanjšuje kakovost in povečuje stroške zdravstvene oskrbe pacienta, kar verjetno povzroča tudi zaznavo udeležencev, da je nasilje s strani pacientov najbolj obremenjujoče, saj predstavlja dodatno tveganje za slabšo kakovost storitev.

Tretje raziskovano vprašanje, ki smo si ga zastavili, je bilo, ali lahko identificiramo populacijo zaposlenih v zdravstveni negi, ki je bolj podvržena nasilnim dejanjem in bolj občutljiva za različna nasilna dejanja. Verbalno in druge posredne oblike nasilja na delovnem mestu med zaposlenimi v urgentni dejavnosti v severnoprimerški regiji pogosteje zaznavajo zaposleni na sekundarni ravni zdravstvenega varstva, ženske, delavci z daljšim stažem ter starejši delavci. Čeprav se

raziskave razlikujejo v ugotovitvah o vlogi spola žrtve na pojavnost nasilja, pričujoča raziskava potrjuje, da so ženske pogostejše žrtve verbalnega in drugih oblik posrednega nasilja v urgentni dejavnosti. Podobno kot to velja za spol žrtve, tudi delovna doba in s tem povezana starost udeležencev raziskave v predhodnih študijah nista enoznačno potrjena napovedna dejavnika verjetnosti doživljanja nasilja (Zampieron, et al., 2010). Raziskava, opravljena na vzorcu zaposlenih v urgentni dejavnosti, potrjuje, da so zaposleni z daljšo delovno dobo in starejši zaposleni bolj pogosto izpostavljeni nasilnim dejanjem. Razlogi so lahko naslednji: i) desenzibilizacija sicer zmanjšuje intenzivnost odzivov zaposlenih v zdravstveni negi na stresne in čustveno obremenjujoče dogodke (Bonner & McLaughlin, 2007), kar pa ne nujno pomeni tudi zmanjšane občutljivosti v fazi zaznavanja takih dogodkov, ii) narava zdravstvenonegovalnega dela v urgentni dejavnosti je sama po sebi stresna in čustveno obremenilna (Laposa, et al., 2003), kar s trajanjem zaposlitve povzroča dolgotrajnejšo izpostavljenost negativnim situacijam in dogodkom, s tem pa tudi višjo stopnjo občutljivosti nanje (Moody & Pesut, 2006).

Četrto raziskovalno vprašanje se nanaša na zaznavo spreminjanja stopnje verbalnega in drugih posrednih oblik nasilja v času. Udeleženci navajajo, da se je stopnja verbalnega in posrednega nasilja zmerno do opazno povečala. Med zaposlenimi v zdravstveni negi opazno povečanje nasilja v času zaznavajo predvsem ženske in starejši od 40 let. Ti rezultati na eni strani potrjujejo ugotovitve o povečani občutljivosti določenih skupin zaposlenih, hkrati pa tudi nakazujejo kulturni premik k nestrpnosti, tudi do žensk. Razlago potrjujejo tudi udeleženci sami, saj kot najpogostejše družbene razloge pojavljanja verbalnega in posrednih oblik nasilja navajajo: i) povečevanje nestrpnosti do zdravstva preko medijev in sredstev javnega obveščanja, ii) nejasno definirane obveznosti in odgovornosti pacientov do zdravstvenega sistema, iii) pretirano poudarjanje pacientovih pravic ter iv) nizek družbeni status zdravstvenega poklica (zdravstvene nege).

Kot odgovor na raziskovalno vprašanje: katere so najpogostejše oblike verbalnega in posrednega nasilja, so udeleženci navajali: i) pripombe na delo, ii) zmerjanje, vpitje, grobe besede, iii) opravljanje za hrbtom, iv) grožnje in ustrahovanje in v) ignoriranje. V skladu s klasifikacijo oblik nasilja po Farrell (1997) so zaposleni v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti izbranih zdravstvenih ustanov najbolj izpostavljeni aktivnemu neposrednemu verbalnemu nasilju.

Zaključek

Zaključki raziskave verbalnega in posrednega nasilja na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi v urgentni dejavnosti primarnega in sekundarnega zdravstvenega varstva v severnopriforski regiji so: i) skoraj dve tretjini udeležencev je že doživelo

verbalno ali druge oblike posrednega nasilja na delovnem mestu, in sicer predvsem v obliki aktivnega neposrednega verbalnega nasilja s strani svojcev in pacientov; ii) zaznani najpogostejši razlogi nasilja so: neustrezni, prenapolnjeni čakalni prostori; dolgotrajni postopki obravnave in zloraba alkohola in/ali uporaba prepovedanih substanc; iii) zaposleni z daljšo delovno dobo ter starejši delavci pogostejše zaznavajo verbalno in druge posredne oblike nasilja na delovnem mestu; iv) stopnja verbalnega in posrednega nasilja se je z leti zmerno do opazno povečala.

Večina raziskav nasilja nad zdravstvenimi delavci se ukvarja z epidemiologijo proučevanega pojava; manjši delež pa je usmerjen na proučevanje odzivov zaposlenih nanj. Nadaljnje raziskave nasilja na delovnem mestu se morajo usmeriti v podrobnejšo fenomenološko izkušnjo doživljanja nasilja ter morebitnih posledic, ki jih le-ta ima na druga življenjska področja žrtev nasilja. Organizacija dela v urgentnih ambulantah je pomemben dejavnik nasilja v zdravstvu, kar narekuje tudi raziskovanje učinkov implementacije novih načinov obravnave pacientov v urgentni dejavnosti.

Predstavljena raziskava prispeva k razumevanju verbalnega in posrednega nasilja. Zaradi številčno majhnega vzorca udeležencev raziskave, njegove regionalne omejenosti in za zdravstveno nego netipične spolne strukture posploševanje rezultatov predstavljene raziskave omogoča zaključke o nasilju na delovnem mestu zgolj za proučevani vzorec.

Literatura

Anderson, L., FitzGerald, M. & Luck, L., 2010. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17–18), pp. 2520–2530.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03144.x>
PMid:20553349

Artz, S., Nicholson, D. & Magnuson, D., 2008. Examining sex differences in the use of direct and indirect aggression. *Gender Issues*, 25(4), pp. 267–288.
<http://dx.doi.org/10.1007/s12147-008-9065-5>

Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Kopač, N., 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave »Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu«: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 147–156.

Bonner, G., & McLaughlin, S. 2007. The psychological impact of aggression on nursing staff. *British Journal of Nursing*, 16(13), pp. 810–814.
<http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2007.16.13.24248>
PMid:17851336

Bucik, V., 1997. *Osnove psihološkega testiranja*. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, pp. 134–136.

- Catlette, M.A., 2005. Descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I traumacenters. *Journal of Emergency Nursing*, 31(6), pp. 519–525. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2005.07.008> PMID:16308040
- Clements, P.T., DeRanieri, J.T., Clark, K., Manno, M.S. & Kuhn, D.W., 2005. Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nursing Economics*, 23(3), pp. 1–10. Available at: <http://www.ncdsv.org/images/WorkplaceViolenceCorporatePolicyHealthCare.pdf> [5. 10. 2013].
- Esmailpour, M., Salsali, M. & Ahmadi, F., 2011. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *International Nursing Review*, 58(1), pp. 130–137. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00834.x> PMID:21281305
- Farrell, G.A., 1997. Aggression in clinical settings: nurses' views. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), pp. 501–508. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025501.x> PMID:9080276
- Ferns, T., Cork, A. & Rew, M., 2005. Personal safety in the accident and emergency department. *British Journal of Nursing*, 14(13), pp. 725–730. PMID:16116374
- Ferrinho, P., Biscaia, A., Fronteira, I., Craveiro, I., Antunes, A.R., Conceição, C., et al., 2003. Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. *Human Resources for Health*, 1(1), p. 11. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-1-11> PMID:14613526; PMCID:PMC317380
- Gacki-Smith, J., Juarez A.M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L. & MacLean, S.L., 2009. Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration*, 39(7-8), pp. 340–349. <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181ae97db> PMID:19641432
- Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. & Halfens, R.J., 2010. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), pp. 3535–3546. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03361.x> PMID:20958803
- James, A., Madeley, R. & Dove, A., 2006. Violence and aggression in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 23(6), pp. 431–434. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.2005.028621> PMID:16714500; PMCID:PMC2564335
- Klemenc, D. & Pahor, M., 2004. Zmanjševanje pojavov nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(1), pp. 43–52.
- Kwok, R.P.W., Law, Y.K., Li, K.E., Ng Y.C., Cheung M.H., Fung V.K.P., et al., 2006. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12(1), pp. 6–9.
- Laposa, J.M., Alden, L.E. & Fullerton, L.M., 2003. Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel (CE). *Journal of Emergency Nursing*, 29(1), pp. 23–28. <http://dx.doi.org/10.1067/men.2003.7> PMID:12556825
- Luck, L., Jackson, D. & Usher, K., 2008. Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), pp. 1071–1078. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01870.x> PMID:17419792
- Magnavita, N. & Heponiemi, T., 2011. Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), pp. 203–210. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x> PMID:21605325
- Moody, R.C. & Pesut, D.J., 2006. The motivation to care: application and extension of motivation theory to professional nursing work. *Journal of Health Organization and Management*, 20(1), pp. 15–48. <http://dx.doi.org/10.1108/14777260610656543> PMID:16703841
- Moroschan, G., Hurd, P.L. & Nicoladis, E., 2009. Sex differences in the use of indirect aggression in adult Canadians. *Evolutionary Psychology*, 7(2), pp. 146–159.
- Oztunç, G., 2006. Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), pp. 360–365. <http://dx.doi.org/10.1097/00001786-200610000-00014> PMID:16985407
- Pinar, R. & Ucmak, F., 2011. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), pp. 510–517. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03520.x> PMID:20969652
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C. & Catling-Paull, C., 2005. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), pp. 13–22. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x> PMID:20487182
- Rolfe, A., Dalton, S., Krishnan, M., Orford, J., Mehdikhani, M., Cawley, J., & Ferrins-Browns, M., 2006. Alcohol, gender, aggression and violence: findings from the Birmingham untreated heavy drinkers project. *Journal of Substance Use*, 11(5), pp. 343–358. <http://dx.doi.org/10.1080/14659890600677487>

- Ryan, D. & Maguire, J., 2006. Aggression and violence – a problem in Irish Accident and Emergency departments?. *Journal of Nursing Management*, 14(2), pp. 106–115. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00571.x> PMid:16487422
- Taylor, J.L. & Rew, L., 2011. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), pp. 1072–1085. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03342.x> PMid:20846214
- Wells, J. & Bowers, L., 2002. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*, 39(3), pp. 230–240. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02269.x> PMid:12121523
- Winstanley, S. & Whittington, R., 2004. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), pp. 3–10. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00807.x> PMid:14687287
- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S. & Buja, A., 2010. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), pp. 2329–2341. PMid:20550621

Citirajte kot/Cite as:

Jerkič, K., Babnik, K. & Karnjuš, I., 2014. Verbalno in posredno nasilje v urgentni dejavnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 104–112. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.19>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Dejavniki gibalne aktivnosti in z zdravjem povezane kakovosti življenja Factors influencing leisure-time physical activity and health-related quality of life

Renata Slabe Erker, Simon Ličen

Ključne besede: prostočasna telesna aktivnost; ranljive skupine; zdravstveni ukrepi; sistematični pregled literature; šport

Key words: leisure-time physical activity; vulnerable groups; health interventions; systematic literature review; sports

dr. Renata Slabe Erker,
univ. dipl. ekon., Inštitut za
ekonomska raziskovanja,
Kardeljeva ploščad 17, 1000
Ljubljana
Kontaktiraj e-naslov/
Correspondence e-mail:
erkerr@ier.si

doc. dr. Simon Ličen, univ.
dipl. nov., Washington State
University, Dept. of Educational
Leadership, Sport Studies
and Educational/Counseling
Psychology, PO Box 642136,
Pullman, WA 99164-2136

Prispevek zajema del
raziskovalnih ugotovitev
ciljnega raziskovalnega projekta
*Učinkovita državna podpora za
športno aktivnost državljanov*
(V5-1031), ki sta ga od 1. 10.
2010 do 30. 9. 2012 izvajala
Fakulteta za družbene vede
Univerze v Ljubljani in Inštitut
za ekonomska raziskovanja.
Projekt je financiralo
Ministrstvo za izobraževanje,
znanost, kulturo in šport ter
Javna agencija za raziskovalno
dejavnost Republike Slovenije.

Prejeto/Received: 21. 9. 2013
Sprejeto/Accepted: 20. 5. 2014

IZVLEČEK

Uvod: Gibalna aktivnost koristi telesnemu in duševnemu zdravju. Namen članka je ugotoviti dejavnike, ki vplivajo nanjo, in možne ukrepe za povečanje te dejavnosti. Cilj članka je spodbuditi strokovnjake s področij zdravja in športne dejavnosti k sodelovanju pri oblikovanju in izvajanju učinkovitih ukrepov za povečanje gibanja med prebivalstvom.

Metode: Opravljen je bil pregled literature o dejavnikih, ki vplivajo na gibalno aktivnost in z zdravjem povezano kakovost življenja, ter o ukrepih, povezanih z njimi. V pregled so vključene raziskave, ki so objavljene v angleškem jeziku v obdobju 2000–2010 in evidentirane v Web of Science (SCI-EXPANDED ali SSCI). Članek povzema izsledke 46 objav, za potrebe teoretičnih izhodišč pa še dodatnih 43 objav.

Rezultati: Na odločitev za gibanje vplivajo lastnosti posameznika in širšega družbenoekonomskega okolja. Bistveni so starost, spol in zdravstveni status posameznika. Pri posameznih skupinah populacije prepoznamo specifične dejavnike, ki vplivajo na odločitev za gibalno aktivnost. Učinkoviti ukrepi spodbujanja gibanja so zato usmerjeni na te skupine in izhajajo iz identificiranih dejavnikov.

Diskusija in zaključek: Raznolikost omenjenih skupin in dejavnikov je osnova za načrtovanje preventivnih oziroma interventnih ukrepov. Smiselno je, da se pri organiziranju in izvajanju programov povežejo organizacije s področij zdravstva, športa in druge interesne skupine. Pri tem naj izkoristijo obstoječe zakonske okvire.

ABSTRACT

Introduction: Physical activity can be beneficial to physical and mental health. The following article aims to identify factors influencing physical activity and possible measures to enhance these activities. The purpose of the article is to increase awareness among health and sports professionals to cooperate in the development and implementation of efficient measures in order to improve physical activity of the population.

Methods: This systematic literature review focuses on the factors influencing physical activity and health-related quality of life. It also pinpoints the measures to increase the physical activity. The review article includes researches indexed in the Web of Science—SCI-EXPANDED and SSCI databases published in the English language between the years of 2000 and 2010. Results include 46 sources while the theoretic framework cites an additional 43 sources.

Results: An individual's decision to be active is influenced by personal traits and by broader social and economic environment. The determining factors are age, gender and health status. Individual population groups are additionally influenced by different specific factors. Efficient measures to promote physical activity are based on the identified factors and should be directed towards those groups.

Discussion and conclusion: The variety of population groups and influencing factors serves as the basis to plan preventive action and interventions. Health, sports and related organizations should work hand-in-hand to develop targeted programs and take advantage of the existing legal framework.

Uvod

Perspektivne strategije evropskih držav za izboljšanje kakovosti življenja ljudi primarno povezujejo aktivno življenje ljudi in njihovo zdravstveno stanje. Tudi v medijih se namenja vedno več pozornosti gibalni aktivnosti v želji povečati število gibalno aktivnih in dvigniti splošno ozaveščenost o pomembnosti zdravega načina življenja. Cilji gibalne aktivnosti oziroma t. i. prostoročne telesne aktivnosti (angl. Leisure-Time Physical Activity) so ohranjati in izboljševati celostni zdravstveni status, humanizirati človekovo življenje, zmanjševati negativne posledice današnjega načina življenja in dela, preprečevati upadanje splošne vitalnosti človeka ter s temi motivi pritegniti čim večje število ljudi v redne oblike gibanja (Nacionalni program športa v Republiki Sloveniji, 2000).

Zaradi aktualnosti tematike so v zadnjih letih, predvsem pa po letu 2008, nastale številne raziskave o povezanosti gibalne aktivnosti in zdravja. Uvrstimo jih lahko v dve prevladujoči skupini:

- raziskave, ki preučujejo gibalno aktivnost v povezavi s telesnim zdravjem (Batty, et al., 2010; Davidson, et al., 2010; Holtermann, et al., 2010; Li, et al., 2010; Savela, et al., 2010), in
- raziskave, ki preučujejo gibalno aktivnost v povezavi z mentalnim zdravjem (Lindner & Kerr, 2001; Burton, et al., 2009; Taylor-Piliae, et al., 2010; Yang, et al., 2010).

Čeprav obe skupini raziskav odgovarjata na različna vprašanja, gre za komplementarne vzorce, saj sta tudi mentalno in telesno zdravje povezana oziroma gibalna aktivnost nanju vpliva v enaki smeri (Bernaards, et al., 2006).

Raziskave potrjujejo, da gibalna aktivnost zmanjšuje tveganje za hipertenzijo (James, et al., 2009), rakava obolenja, še posebej dojke in debelega črevesa (Cronin, et al., 2001; Lee, et al., 2001; Rossing, et al., 2001; Littman, et al., 2006; Slattey, et al., 2007; Heath, 2009), bolezni srca in žilja ter srčni infarkt (Forrest, et al., 2001; Lovasi, et al., 2007; Holtermann, et al., 2010), presnovni sindrom (Misra, et al., 2005; Cho, et al., 2009; Metzger, et al., 2010), diabetes (Heath, 2009; Li, et al., 2010) in povečani holesterol (Zhang, et al., 2010) ter tudi osteoporozo (Shedd, et al., 2007; Morseth, et al., 2010). Prenizka gibalna aktivnost se pogosto povezuje tudi s prekomerno težo (običajno merjeno z indeksom telesne mase – ITM) (Grund, et al., 2000; Heath & Brown, 2009; Heath, 2009; Calise & Martin, 2010; Seo & Li, 2010). Vsi ugotavljajo statistično značilno pozitivno povezavo med gibalno aktivnostjo in manjšim tveganjem za omenjene bolezni. Obstajajo pa tudi raziskave, ki takšnih povezav pri posameznih vrstah rakavih obolenj, npr. na jajčnikih ali prostati, ne razkrivajo (Lee, et al., 2001; Colbert, et al., 2003; Hannan, et al., 2004).

Številne raziskave so ugotavljale povezavo med

redno gibalno aktivnostjo in duševnimi motnjami oziroma psihološkimi stanji (tj. čustva, zaznavanje, motivacija, komunikacija) (Goodwin, 2003; Bortoli, et al., 2009).

Kar nekaj raziskav se nanaša na populacijo bolnih in na to, kako gibalna aktivnost vpliva na njihove težave. Raziskave dokazujejo pozitiven vpliv priporočene gibalne aktivnosti na kakovost življenja obolelih za artritisom (Abell, et al., 2005; Heesch & Brown, 2008; Philpott, et al., 2010), ljudi s prekomerno telesno težo (Heath & Brown, 2009) in otrok, obolelih za juvenilnim idiopatičnim artritisom, hemofilijo, astmo in cistično fibrozo (Philpott, et al., 2010). Gibalna aktivnost ugodno vpliva tudi na nosečnice (Saftlas, et al., 2004), študente (Bray & Born, 2004; Bray & Kwan, 2006) in otroke (Evenson, et al., 2009).

Namen in cilj

S pregledom in integriranjem znanstvene literature na področju gibalne aktivnosti, zdravja in kakovosti življenja je ponujena preliminarne shema spremenljivk, ki so razumljene kot napovedniki gibalne aktivnosti in posledično z zdravjem povezane kakovosti življenja. Pregled literature omogoča še: i) iskanje lastnosti najbolj ranljivih skupin državljanov v smislu stalno prenizke gibalne aktivnosti in posledično slabšega zdravja; ii) oblikovanje seznama spremenljivk, ki bi jih morale upoštevati raziskave, ki razlagajo gibalno aktivnost v povezavi z zdravjem; in iii) povezavo učinkovitih ukrepov za povečanje gibalne aktivnosti posameznih skupin državljanov in njihovo bolj zdravo življenje, ki identificira motive, ki bi jih bilo potrebno spodbujati, in ovire, ki bi jih bilo potrebno zaježiti, da se izboljša z zdravjem povezana kakovost življenja.

Namen članka je ugotoviti dejavnike, ki odločilno vplivajo na gibalno aktivnost različnih skupin v populaciji, in jih povezati z možnimi ukrepi za povečanje te dejavnosti. Cilj članka je osvestiti strokovnjake in zaposlene na področju zdravstva in športne dejavnosti v Sloveniji in jih spodbuditi k sodelovanju pri oblikovanju in izvajanju učinkovitih ukrepov za povečanje gibanja med prebivalstvom. Zastavljeni cilj bomo zasledovali preko postavitev dveh raziskovalnih vprašanj:

RV1: Kateri dejavniki ključno vplivajo na posameznikovo odločitev biti aktiven?

RV2: S katerimi ukrepi lahko vplivamo na te dejavnike?

Metode

Za ugotovitev dejavnikov, ki vplivajo na gibalno aktivnost državljanov in njihovo zdravje, je bil opravljen sistematični pregled literature (angl. Systematic Literature Review) (Khan, et al., 2003), ki temelji na nepristranskem in kar najbolj celovitem

pregledu literature oziroma mednarodno objavljenih spoznanj. Le-ta omogoča predstavitev kritičnih točk današnjega vedenja in znanja na relevantnem področju ter ključne vsebinske ugotovitve (Taylor, 2009).

Metode pregleda

Kritičen pregled literature temelji na objavah, evidentiranih v servisu Web of Science (WoS), ki vključuje multidisciplinarne bibliografske baze podatkov z indeksi citiranosti: Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) in Social Sciences Citation Index (SSCI). Poleg tega kriterija so bili za izbor objav za analizo uporabljeni še naslednji kriteriji: vrsta gradiva – članek, čas objave – od leta 2000 do leta 2010, in jezik – angleški.

Pregled je zajel članke, objavljene v obdobju med letoma 2000 in 2010, ker je to obdobje trajanja Nacionalnega programa športa v Republiki Sloveniji (Nacionalni program športa v Republiki Sloveniji, 2000), ki je veljal v času financiranja ciljnega raziskovalnega projekta, v okviru katerega je bila pričujoča analiza opravljena.

Pregledani članki so bili pridobljeni z iskanjem z naslednjimi ključnimi besedami: »sport sciences«, »sociology«, »hospitality, leisure, sport & tourism«, »education, scientific disciplines«, »education, educational research«, »psychology multidisciplinary«, »psychology social«, »economics«, »public, environmental & occupational health«, »health policy & services«, »women's studies«, »history«, »management«, »behavioral sciences«, »political sciences«, »planning & development«, »urban studies«, »family studies«, »public administration«, »social sciences«, »interdisciplinary sciences«. Poudarek je bil na raziskavah o dejavniki, ki vplivajo na gibalno aktivnost. S tehničnega vidika je bilo za način iskanja v informacijskem viru pomembno določiti sintakse za iskanje pojmov in način kombiniranja iskalnih setov (gl. Prilogo), ki ustrezajo zgoraj naštetim ključnim besedam in kriterijem.

Rezultati pregleda

Z opisano metodo je bilo pregledanih več kot 500 objav. 374 objav je bilo podrobneje analiziranih, v ta pregled pa je vključenih 46 objav s poudarkom na dejavniki in ukrepih, ki sta jih avtorja ocenila kot najbolj relevantne za vprašanje vpliva različnih dejavnikov na gibalno aktivnost in z zdravjem povezano kakovost življenja. V pregled so bile vključene raziskave, v katerih je bila povezava med dejavniki in gibalno aktivnostjo izrecno in empirično proučevana. Rezultati pregleda so predstavljeni v Tabeli 1.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature
Table 1: Results of the literature review

Število zadetkov	540
Število pregledanih objav	374
Število vključenih objav	149
Število izključenih objav (za radi podvajanja spoznanj ipd.)	225
Število objav, citiranih v tem članku	46

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Pregled literature je bil nepristranski in z ozirom na prostorske omejitve kar najbolj celovit. Veljavnost in zanesljivost instrumenta je zagotovljena z izborom servisa WoS, ki vključuje le bibliografske vire z neodvisno recenzijo in mednarodno priznane dosežke oziroma revije z faktorjem vpliva (angl. impact factor). Končni nabor zadetkov, citiranih v tem članku, tvorijo objave, ki so ugotavljale povezavo med gibalno aktivnostjo in čim več različnimi telesnimi in duševnimi zdravstvenimi stanji. V okviru objav, ki so ugotavljale povezavo med gibalno aktivnostjo in posameznim zdravstvenim stanjem, smo izbrali tiste, ki so bile opravljene na večjem vzorcu populacije, oziroma novejš.

Rezultati

V nadaljevanju so predstavljeni osrednji rezultati pregleda kvantitativnih in kvalitativnih raziskav. Predstavljeni so dejavniki, ki so glede na konvergenco raziskovalnih ugotovitev identificirani kot dejavniki gibalne aktivnosti, ki vplivajo na z zdravjem povezano kakovost življenja. Obseg objav na temo gibalne aktivnosti in z zdravjem povezane kakovosti življenja narašča. Število objav, ki so prišle tudi v prvi arbitraren izbor za ta članek, se je od leta 2000 do 2010 več kot podeseterilo. To priča o aktualnosti problematike z vidika potenciala gibalne aktivnosti za izboljševanje z zdravjem povezane kakovosti življenja.

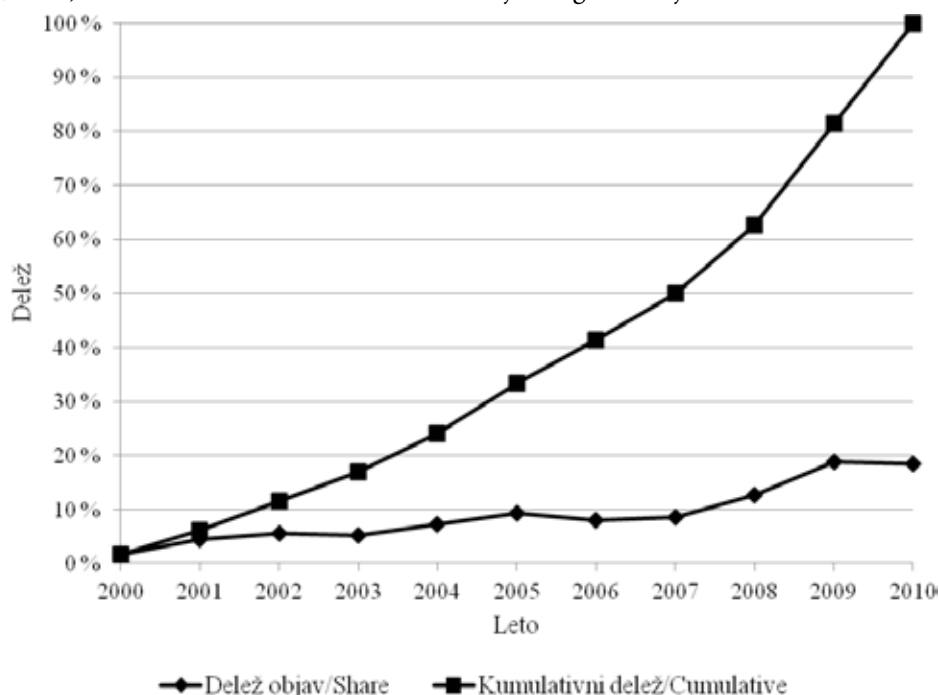
Ranljive skupine in dejavniki gibalne aktivnosti

V teoretičnem uvodu so bile predstavljene raziskave, v katerih je gibalna aktivnost neodvisna spremenljivka, posamezne dimenzije zdravja pa odvisne spremenljivke. Ta analiza raziskuje obratno relacijo, torej gibalno aktivnost kot odvisno spremenljivko in na drugi strani dejavnike, ki pojasnjujejo odločitev za gibalno aktivnost. Raziskav, ki bi preučevale to relacijo, je nekoliko manj. Med obstoječimi jih največ obravnava specifične skupine populacije. Izkaže se, da so v smislu dosledno premalo intenzivne gibalne aktivnosti najbolj ranljive skupine sledeči:

- ženske, posebej deklice (Blomstrand, et al., 2009; Dollman & Lewis, 2010; Lloyd & Little, 2010) in nosečnice (Fell, et al., 2009; McIntyre & Rhodes, 2009),
- pripadniki nižjih socialnih slojev (Frisby & Hoerber, 2002; Dagkas & Stathi, 2007),
- starejši (Hughes, et al., 2009; Thøgersen-Ntoumani, 2009; Taguchi, et al., 2010),
- otroci in mladostniki (Cho, et al., 2009; Kjønniksen, et al., 2009; Philpott, et al., 2010),
- kadilci (Higgins, et al., 2003; Leino-Arjas, et al., 2004; Kirjonen, et al., 2006),
- zaposleni v sedečih poklicih in sedeča mladina (Osler, et al., 2001; Blomstrand, et al., 2009; Sánchez-López, et al., 2009) in
- etnične, verske manjšine in imigranti (Hosper, et al., 2008; Sagatun, et al., 2008; Seo & Li, 2010).

Oblikovanje politike, usmerjene v povečanje gibalne aktivnosti mladostnikov, predstavlja posebne izzive, saj nekateri avtorji opozarjajo na bistveno drugačno razumevanje tega koncepta med pripadniki te populacije. Nekatere skupine študentov tako razumejo gibalno aktivnost predvsem v smislu druženja na javnih površinah in v plesnih klubih (Shores & West, 2010). Vedenje mladih je pogojeno tudi z vedenjem ključnih socialnih skupin – predvsem starši in vrstniki – kar je pomemben dejavnik pri oblikovanju politike promocije gibanja med mladimi (Osler, et al., 2001; Luszczynska, et al., 2004; Seabra, et al., 2008). Aktivnosti za otroke in mladino je torej smiselno prilagoditi njihovim sposobnostim, igri in zabavi.

Redkejšje so raziskave, ki se nanašajo specifično na populacijo moških. Nizek nivo gibalne aktivnosti moških je statistično značilno povezan z izkoso močeno njihovega zdravja in slabim družbenoekonomskim



Slika 1: Porazdelitev relevantnih objav na temo dejavnikov gibalne aktivnosti in njene povezanosti s kakovostjo življenja, povezano z zdravjem, v obdobju 2000–2010

Figure 1: Distribution of relevant publications on factors of physical activity and its relationship with health-related quality of life, 2000–2010

V nadaljevanju so razloženi dejavniki, ki zaznamujejo gibalno aktivnost rizičnih skupin. Nujnost usmerjenih ukrepov za ženske, ki prehajajo v materinstvo, temelji na dokazih ugodnega vpliva nosečnosti prilagojene zmerne telesne vadbe na zdravje matere in njeno poporodno težo (Saftlas, et al., 2004; Fell, et al., 2009). Percepcija nadzora nad časom, utrujenost, družbena podpora in varstvo otrok so se izkazali za kritične dejavnike za razlikovanje med ženskami, ki so nadaljevale s telesno aktivnostjo po prehodu v materinstvo, in tistimi, ki so po porodu z njo prenehale (McIntyre & Rhodes, 2009).

statusom (predvsem pri delavcih, nezaposlenih, tistih z nizkimi dohodki in/ali z nizko stopnjo izobrazbe) (Woitak-Ślubowska, 2008). Ob tem velja, da je pri moških, ki so se predhodno ukvarjali s športom, vpliv družbenoekonomskega položaja šibkejši kot pri tistih, ki se niso. Pri slednjih je dodaten dejavnik nizke gibalne aktivnosti bivanje na ruralnem območju. Zmerno intenzivna do intenzivna gibalna aktivnost in posledično večja kardiorespiratorna zmogljivost sta tudi obratno povezani s pojavom brezupa pri moških srednjih let, pri čemer je ta pojav izrazit element subjektivnega občutka blaginje (Valtonen, et al., 2009).

Več je raziskav o vplivu družbenih in demografskih dejavnikov na gibalno aktivnost, ki veljajo za oba spola. Posebej velja izpostaviti naslednje: psihosocialni dejavniki nasploh in v njihovem okviru delovna obremenitev, status zaposlenosti, stopnja izobrazbe, podpora v družini, ITM, zaznano zdravje, okoljski dejavniki oziroma infrastruktura, kot so parki in objekti, varnost okolice oziroma soseske, materialno in socialno stanje, slabe navade in drugo (Droomers, et al., 2001; Martínez-González, et al., 2001; Parks, et al., 2003; Ali & Lindström, 2006; Pedersen, et al., 2009; Thøgersen-Ntoumani, 2009; Van Tuyckom & Scheerder, 2010).

V zadnjih letih je bilo opravljenih veliko raziskav, v katerih avtorji preučujejo vpliv infrastrukture na gibalno aktivnost, kot je na primer ureditev prometa in kolesarskih stez ter parkov oziroma zelenih površin, ki so namenjene predvsem neorganiziranim oblikam gibanja (Wilcox, et al., 2000; Huston, et al., 2003; Sharpe, et al., 2004; Schulz, 2007; Cohen, et al., 2009; Walker, et al., 2009; Amorim, et al., 2010; Brownson, et al., 2010; Gomez, et al., 2010; Sarmiento, et al., 2010; Wilhelm Stanis, et al., 2010). Prizadevanja za javno zdravje, ki se nanašajo na odpravo gibalne neaktivnosti, morajo torej upoštevati tudi vplive urbanističnega načrtovanja in sistemov javnega prevoza na zdravje (Schulz, 2007; Gomez, et al., 2010). Čedalje pomembnejši dejavnik postaja tudi dnevna migracija posameznikov; v kolikor vključuje gibalno aktivnost (npr. hojo ali kolesarjenje), saj tudi le-ta zmanjšuje incidenco srčno-žilnih obolenj (Von Huth Smith, et al., 2007).

Pregled raziskovalnih spoznanj, ki se nanašajo na dejavnike gibalne aktivnosti in kakovost življenja v povezavi z zdravjem, omogoča oblikovanje idejnega modela napovednikov gibalne aktivnosti. Kakovost življenja v povezavi s gibalno aktivnostjo gre iskati v motivih, kot so zdravje, videz in druženje. Osrednji dejavniki, ki vplivajo na gibanje posameznika, pa so demografske lastnosti, kot so spol, starost in zdravje. Na odločitev posameznika vpliva tudi družba, v kateri le-ta živi oziroma dela, ter lastnosti okolja. Zlasti na tem področju je priložnost za oblikovanje ukrepov, ki bi omogočili povečanje gibanja in izboljšanje z zdravjem povezane kakovosti življenja.

Ukrepi za povečanje gibalne aktivnosti

Poznavanje ranljivih skupin in dejavnikov, ki vplivajo na gibalno aktivnost in zdravje, je osnovna strokovna podlaga za pripravo učinkovitih ukrepov. Raziskovalne ugotovitve podajajo iztočnice za oblikovanje pravnih, političnih in praktičnih ukrepov, ki se nanašajo na področje zdravstvene vzgoje. V okvir zdravstvene vzgoje sodi osveščanje ljudi za zdrav način življenja, ki je del promocije zdravja. Dunton in soavtorji (2010) poudarjajo, da so z vidika preventive pomembne ustrezne politike informiranja. Cilj teh

strategij mora biti povečanje stopnje zdravstvene ozaveščenosti (Stamatakis, et al., 2010).

Izjemno pomembno je, da so intervencije za povečanje gibalne aktivnosti usmerjene na najmanj aktivne skupine (Steffen, et al., 2006). V literaturi je najti predvsem priporočila namenjena povečanju gibanja žensk in mladih, redkeje pa moških in starejših. Ukrepi, usmerjeni na populacijo žensk, poudarjajo predvsem upoštevanje družbenih dejavnikov, kot je podpora prijateljev in družine, ter njihovo dožemanje sposobnosti osebne kontrole nad zdravim življenjem (Young, et al., 2002; Sharma, et al., 2005; Skowron, et al., 2008; Lorentzen, et al., 2009). Ciljni ukrepi in ustrezni pred- in poporodni programi telesne vadbe so nujni za ženske, ki prehajajo v materinstvo (McIntyre & Rhodes, 2009). Drugačni pa so odločilni dejavniki za gibalno aktivnost pri moških. Za povečanje njihove gibalne aktivnosti je nujno spodbujati organizirano gibalno aktivnost med dečki in mladostniki ter odpraviti družbenoekonomske ovire za njihovo gibanje. Pretekle izkušnje gibanja namreč pozitivno vplivajo na gibalno aktivnost v kasnejših letih (Woitas-Ślubowska, 2008).

Do določene mere so specifični tudi ukrepi, usmerjeni na mlade. Gibalno aktivnost mladine se lahko spodbudi bodisi z vključevanjem družine in vrstnikov bodisi z večkomponentnimi ukrepi (Van Sluijs, et al., 2008). Zanimivo je priporočilo, da naj se ukrepi za spodbujanje gibalne aktivnosti študentov usmerjajo na druženje – aktivnosti v javnih parkih, barih, plesnih klubih – in ne strogo samo na vidik gibanja (Shores & West, 2010). Do teh ukrepov je sicer treba pristopati previdno, saj lahko vodijo do drugih tveganj, povezanih z družabnim življenjem mladostnikov, kot na primer kajenje, uživanje alkohola in drog. V socialno ogroženih soseskah pa se priporoča ukrepe za spodbujanje gibalne aktivnosti odraslih, ki posegajo v fizično in socialno okolje (Molnar, et al., 2004; Annear, et al., 2009). Nekateri avtorji se zavzemajo za usmerjene ukrepe na delovno populacijo, kot so kontinuirani programi vadbe za posamezne poklice, prehrambni nasveti, sprostivne tehnike in preventivna zdravstvena dejavnost (Schneider & Becker, 2005).

Rezultati analize dejavnikov gibalne aktivnosti po skupinah populacije (otroci in mladina, ženske, moški in oba spola) ter z njimi povezani ukrepi so povzeti v Tabeli 2.

Diskusija

Ključni dejavniki, ki vplivajo na posameznikovo odločitev biti aktiven, so značilnosti posameznika (njegova starost, spol, zdravstveno stanje in socialnoekonomski položaj), njegov družbeni krog (družina, vrstniki) in okoljski dejavniki (dosegljivost primernih objektov ali površin, varnost in tip naselja). Na te dejavnike je možno vplivati z organizacijo

Tabela 2: Osrednje ugotovitve sistematičnega pregleda literature po populacijskih skupinah
 Table 2: Main findings of the systematic literature review, by population groups

Populacijske skupine	Dejavniki, ki odločilno vplivajo na gibalno aktivnost pripadnikov skupine	Ukrepi
Otroci in mladina	Igra in zabava, druženje na javnih površinah in v plesnih klubih, vedenje staršev in vrstnikov	Ozaveščanje, spodbujanje organizirane gibalne aktivnosti med dečki in mladostniki, vključevanje družine in vrstnikov v večkomponentne ukrepe, družabno-gibalna srečanja
Ženske (nosečnice)	Percepcije nadzora nad časom, utrujenost, družbena podpora in varstvo otrok	Podpora prijateljev in družine (ukrepi družinske politike in socialnih mrež), dojemanje sposobnosti osebne kontrole nad zdravim življenjem (psihološki ukrepi), pred- in poporodni programi gibalne aktivnosti
Moški	Slaba samoocena zdravja in nizek družbenoekonomski status (nizki dohodki in/ali nizka izobrazba)	Spodbujanje organizirane gibalne aktivnosti (društva, klubi), odprava družbenoekonomskih ovir (ukrepi socialne politike)
Oba spola	Delovna obremenitev, status zaposlenosti, stopnja izobrazbe, podpora v družini, ITM, zaznana zdravje, infrastruktura v okolju (parki in objekti), varnost okolice, materialno in socialno stanje, slabe navade	Ozaveščanje, programi vadbe za posamezne poklice, prehrabni nasveti, relaksacijske tehnike, ustrezno urbanistično načrtovanje (infrastruktura za gibanje, zelene površine), sistemi javnega prevoza, kolesarske steze

ustreznih in namensko načrtovanih gibalnih aktivnosti, informiranjem o njihovem obstoju, odpravo družbenoekonomskih ovir za vključitev vanje, osebnim kontaktom z osebami, ki se v te programe vključujejo, in njihovimi bližnjimi ter izboljšanjem infrastrukture.

Med raziskavami vpliva gibalne aktivnosti na zdravje prevladujejo randomizirani klinični preskusi in opazovalne raziskave. Med raziskavami vpliva različnih dejavnikov na gibalno aktivnost in z njimi povezanih ukrepov pa prevladujejo tiste, ki temeljijo na mikroekonometričnih modelih. Pregled je zajel samo ugotovitve, objavljene v revijah, evidentiranih v bazi podatkov WoS. Stroga merila za objavo v teh revijah so jamstvo za kakovost in veljavnost izsledkov. Med njimi ni bilo najti niti ene raziskave, izvedene v Sloveniji. Čeprav so spoznanja, pridobljena v tujini, prenosljiva tudi na Slovenijo (razen v primerih, ko se nanašajo na specifične etnične skupine ali specifična okolja), je odsotnost slovenskih avtorjev pri proučevanju tega vprašanja pomenljiva.

Izsledki nakazujejo na potrebo po (večjem) sodelovanju različnih institucij in organizacij – javnih, strokovnih in nevladnih. Smiselno bi bilo, da bi se pri organiziranju in načrtovanju ustreznih programov gibalnih aktivnosti povezali zaposleni v zdravstvu, delovne organizacije in društva, ki ponujajo športne oziroma interesne programe (npr. za bolnike, upokoјence, mladinska društva). Delavci v zdravstvu, predvsem zdravniki, fizioterapevti in medicinske sestre, bi te programe lahko še dopolnjevali in vrednotili po strokovni plati.

Politike se oblikujejo na ravni resornega ministrstva, na medresorski ravni, pa tudi na regionalnih in lokalnih ravneh. Strokovno podporo pri oblikovanju politik na tem področju v Sloveniji nudijo predvsem Nacionalni inštitut za javno zdravje, društva pacientov

in druge nevladne organizacije s področja zdravja, dela z marginalnimi ter rizičnimi skupinami (društva upokoјencev, invalidov, društva, ki združujejo tuje državljane) in športa. Te institucije bi lahko sodelovale pri načrtovanju, organiziranju, izvajanju in financiranju namensko načrtovanih programov gibalne aktivnosti in tematskih športnih prireditev. Javna slika pomembnosti gibanja, ki jo soustvarjajo zdravstveni delavci in politični akterji, je še posebej koristna za posameznike, ki še ne razmišljajo ali so šele pred kratkim začeli razmišljati, da bi postali bolj gibalno aktivni, in za tiste, ki še niso našli ustrezne oblike gibalne aktivnosti. Javna podoba pomembnosti gibanja pa se prične ustvarjati najprej z zdravstveno vzgojo, ki jo izvajajo vsi zdravstveni delavci, vsak na svoj način, v največji meri pa medicinske sestre (Slapšak, et al., 2011; Vrbovšek, 2011). Komunikacijski pristopi za promocijo zdravega načina življenja se med različnimi ciljnim skupinami razlikujejo. Upokoјenci se še vedno odzivajo na pošto in telefonsko komunikacijo, mladi pa izdatno uporabljajo infomacijsko-komunikacijsko tehnologijo (tablični računalniki, pametni telefoni) in preko nje družbene medije (npr. Facebook in Twitter), zato je smiselno sporočila zanje posredovati preko teh kanalov. To spoznanje morajo osvojiti tako izvajalci zdravstvene nege in drugi zaposleni v zdravstvu kot politika, ki naj te pristope bodisi načrtuje bodisi konkretno podpira.

Javnim institucijam na državnem in predvsem na lokalnem nivoju je v interesu tovrstne programe (so)financirati, saj izboljšujejo kakovost življenja prebivalstva. Zakonski okvir za sofinanciranje programov športne rekreacije in dodatno sofinanciranje programov, namenjenih starejšim od 65 let in socialno ogroženim, že obstaja (Nacionalni program športa v Republiki Sloveniji, 2000); konkretni znesek, ki bo tem programom namenjen,

pa je odvisen predvsem od občin, ki skladno z omenjenim nacionalnim programom in Zakonom o športu pripravljajo letne programe športa v občini in na podlagi teh razdeljujejo javna sredstva preko javnih razpisov. Zakonske in formalne osnove za konkretizacijo teh spoznanj torej že obstajajo, zdravstvene in interesne organizacije pa bi se morale povezati in pripraviti ustrezne programe.

Pomembno je, da javne institucije ohranijo vsaj obstoječe zakonske okvire financiranja tovrstnih programov oziroma jih razširijo na tiste socialne skupine, ki so ravno tako rizične, pa trenutno niso posebej omenjene v relevantnih političnih dokumentih. V naslednjem koraku bi bilo dobro, da bi relevantna ministrstva in javne institucije konkretno spodbujali organizacijo tovrstnih programov (in bi s tem prevzeli aktivnejšo vlogo namesto trenutnega pasivnega javnega financiranja prispelih vlog) in sodelovali pri njihovi promociji ob upoštevanju opisanih specifik posameznih rizičnih skupin. Kar se tiče raziskovanja, pa bi bilo v prihodnje smiselno nadaljevati raziskovanje stroškovne učinkovitosti posameznih ukrepov.

Zaključek

Znano je, da je gibalna aktivnost v splošnem koristna za zdravje; dejavniki, ki nanjo vplivajo, pa so zelo raznoliki. Učinkoviti ukrepi spodbujanja gibalne aktivnosti morajo zato biti usmerjeni na posamezne skupine in izhajati iz identificiranih specifičnih dejavnikov. Premajhna gibalna aktivnost ni učinkovita, prevelika pa je lahko škodljiva. Tudi vsaka vrsta gibalne aktivnosti ni primerna za vsakogar; pri upoštevanju gibalne aktivnosti kot dejavnika z zdravjem povezane kakovosti življenja je ta vidik posebej aktualen.

V primerjavi z drugimi državami Evropske unije je v Sloveniji relativno veliko ljudi redno gibalno aktivnih. Vendar pa je delež tistih, ki so redko ali sploh niso aktivni, še vedno visok. Gibalna aktivnost prebivalcev in njihova posledično visoka z zdravjem povezana kakovost življenja je v interesu slehernega državnega in zdravstvenega aparata, saj se tako zmanjšajo stroški diagnosticiranja in zdravljenja številnih bolezni, ugodno počutje pa pozitivno vpliva tudi na storilnost zaposlenih in šolarjev. Obstoječe sistematično sofinanciranje gibalne aktivnosti državljanov s strani države je pozitivno. Na dolgi rok bi bilo tako za prebivalstvo kot za razbremenitev zdravstvenega sistema in zaposlenih v njem odgovorno in koristno, da država naroči pripravo konkretnih programov, poskrbi za njihovo promocijo oz. spodbudi njihovo izvajanje na lokalni ravni. Zavedati se je treba, da tako kot vsaka strategija tudi le-ta terja določen zagonski finančni in kadrovski vložek.

Ugotovitve tega preglednega članka utegnejo spodbuditi vse, katerih znanje je pomembno za povečanje gibalne aktivnosti, k njihovem sodelovanju

pri oblikovanju učinkovitih ukrepov za izboljšanje z zdravjem povezane kakovosti življenja različnih skupin prebivalstva. V diskusiji smo opozorili na možnosti za konkretne intervencije v okviru obstoječe zakonodaje in nakazali možno nadgradnjo teh intervencij, argumentirali pa smo tudi potrebo po nadaljnjem raziskovanju stroškovne učinkovitosti posameznih ukrepov.

Zahvala

Avtorja se zahvalujeta urednicam in recenzentom za izčrpna priporočila in predloge, ki so prispevali k izboljšanju kakovosti članka.

Literatura

- Abell, J.E., Hootman, J.M., Zack, M.M., Moriarty, D. & Helmick, C.G., 2005. Physical activity and health related quality of life among people with arthritis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(5), pp. 380-385. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.028068>
PMid:15831686; PMCID:PMC1733080
- Ali, S.M. & Lindström, M., 2006. Psychosocial work conditions, unemployment, and leisure-time physical activity: a population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(2), pp. 209-216. <http://dx.doi.org/10.1080/14034940500307515>
PMid:16581714
- Amorim, T.C., Azevedo, M.R. & Hallal, P.C., 2010. Physical activity levels according to physical and social environmental factors in a sample of adults living in South Brazil. *Journal of Physical Activity & Health*, 7 Suppl 2, pp. S204-S212. PMid:20702908
- Anneer, M.J., Cushman, G. & Gidlow, B., 2009. Leisure time physical activity differences among older adults from diverse socioeconomic neighborhoods. *Health & Place*, 15(2), pp. 482-490. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.09.005>
PMid:19038571
- Batty, G.D., Shipley, M.J., Kivimaki, M., Marmot, M. & Davey Smith, G., 2010. Walking pace, leisure time physical activity, and resting heart rate in relation to disease-specific mortality in London: 40 years follow-up of the original Whitehall study. An update of our work with professor Jerry N. Morris (1910-2009). *Annals of Epidemiology*, 20(9), pp. 661-669. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2010.03.014>
PMid:20579904
- Bernaards, C.M., Jans, M.P., van den Heuvel, S.G., Hendriksen, I.J., Houtman, I.L. & Bongers, P.M., 2006. Can strenuous leisure time physical activity prevent psychological complaints in a working population? *Occupational and Environmental Medicine*, 63(1), pp. 10-16.

<http://dx.doi.org/10.1136/oem.2004.017541>

PMid:16361400; PMCID:PMC2078023

Blomstrand, A., Björkelund, C., Arai, N., Lissner, L. & Bengtsson, C., 2009. Effects of leisure-time physical activity on well-being among women: a 32-year perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(7), pp. 706-712.

<http://dx.doi.org/10.1177/1403494809341092>

PMid:19622547

Bortoli, L., Bertollo, M. & Robazza, C., 2009. Dispositional goal orientations, motivational climate, and psychobiosocial states in youth sport. *Personality and Individual Differences*, 47(1), pp. 18-24.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.01.042>

Bray, S.R. & Born, H.A., 2004. Transition to university and vigorous physical activity: implications for health and psychological well-being. *Journal of American College Health*, 52(4), pp. 181-188.

<http://dx.doi.org/10.3200/JACH.52.4.181-188>

PMid:15018429

Bray, S.R. & Kwan, M.Y., 2006. Physical activity is associated with better health and psychological well-being during transition to university life. *Journal of American College Health*, 55(2), pp. 77-82.

<http://dx.doi.org/10.3200/JACH.55.2.77-82>

PMid:17017303

Brownson, R.C., Chiqui, J.F., Burgeson, C.R., Fisher, M.C. & Ness, R.B., 2010. Translating epidemiology into policy to prevent childhood obesity: the case for promoting physical activity in school settings. *Annals of Epidemiology*, 20(6), pp. 436-444.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2010.03.001>

PMid:20470970; PMCID:PMC3705727

Burton, N.W., Pakenham, K.I. & Brown, W.J., 2009. Evaluating the effectiveness of psychosocial resilience training for heart health, and the added value of promoting physical activity: a cluster randomized trial of the READY program. *BioMed Central Public Health*, 9, p. 427.

<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-427>

PMid:19930615; PMCID:PMC2784777

Calise, T.V. & Martin, S., 2010. Assessing the capacity of state physical activity programs - a baseline perspective. *Journal of Physical Activity & Health*, 7(1), pp. 119-126.

PMid:20231763

Cho, E.R., Shin, A., Kim, J., Jee, S.H. & Sung, J., 2009. Leisure-time physical activity is associated with a reduced risk for metabolic syndrome. *Annals of Epidemiology*, 19(11), pp. 784-792.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.06.010>

PMid:19825459

Cohen, D.A., Sehgal, A., Williamson, S., Marsh, T., Golinelli, D. & McKenzie, T.L., 2009. New recreational facilities for the

young and the old in Los Angeles: policy and programming implications. *Journal of Public Health Policy*, 30 Suppl 1, pp. S248-S263.

<http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2008.45>

PMid:19190577; PMCID:PMC2764332

Colbert, L.H., Lacey, J.V. Jr, Schairer, C., Albert, P., Schatzkin, A. & Albanes, D., 2003. Physical activity and risk of endometrial cancer in a prospective cohort study (United States). *Cancer Causes & Control*, 14(6), pp. 559-567.

<http://dx.doi.org/10.1023/A:1024866827775>

PMid:12948287

Cronin, K.A., Krebs-Smith, S.M., Feuer, E.J., Troiano, R.P. & Ballard-Barbash, R., 2001. Evaluating the impact of population changes in diet, physical activity, and weight status on population risk for colon cancer (United States). *Cancer Causes & Control*, 12(4), pp. 305-316.

<http://dx.doi.org/10.1023/A:1011244700531>

PMid:11456226

Dagkas, S. & Stathi, A., 2007. Exploring social and environmental factors affecting adolescents' participation in physical activity. *European Physical Education Review*, 13(3), pp. 369-384.

<http://dx.doi.org/10.1177/1356336X07081800>

Davidson, L.E., Tucker, L. & Peterson, T., 2010. Physical activity changes predict abdominal fat change in midlife women. *Journal of Physical Activity & Health*, 7(3), pp. 316-322.

PMid:20551487

Dollman, J. & Lewis, N.R., 2010. The impact of socioeconomic position on sport participation among South Australian youth. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 13(3), pp. 318-322.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2009.04.007>

PMid:19560973

Droomers, M., Schrijvers, C.T. & Mackenbach, J.P., 2001. Educational level and decreases in leisure time physical activity: predictors from the longitudinal GLOBE study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(8), pp. 562-568.

<http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.8.562>

PMid:11449013; PMCID:PMC1731951

Dunton, G.F., Cousineau, M. & Reynolds, K.D., 2010. The intersection of public policy and health behavior theory in the physical activity arena. *Journal of Physical Activity & Health*, 7 Suppl 1, pp. S91-S98.

PMid:20440019

Evenson, K.R., Ballard, K., Lee, G. & Ammerman, A., 2009. Implementation of a school-based state policy to increase physical activity. *The Journal of School Health*, 79(5), pp. 231-238, quiz pp. 244-246.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00403.x>

PMid:19341442

- Fell, D.B., Joseph, K.S., Armson, B.A. & Dodds, L., 2009. The impact of pregnancy on physical activity level. *Maternal and Child Health Journal*, 13(5), pp. 597-603.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10995-008-0404-7>
PMid:18719984
- Forrest, K.Y., Bunker, C.H., Kriska, A.M., Ukoli, F.A., Huston, S.L. & Markovic, N., 2001. Physical activity and cardiovascular risk factors in a developing population. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(9), pp. 1598-1604.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005768-200109000-00025>
PMid:11528351
- Frisby, W. & Hoeber, L., 2002. Factors affecting the uptake of community recreation as health promotion for women on low incomes. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2), pp. 129-133.
PMid:11963517
- Gomez, L.F., Sarmiento, O.L., Parra, D.C., Schmid, T.L., Pratt, M., Jacoby, E., et al., 2010. Characteristics of the built environment associated with leisure-time physical activity among adults in Bogotá, Colombia: a multilevel study. *Journal of Physical Activity & Health*, 7 Suppl 2, pp. S196-S203.
PMid:20702907
- Goodwin, R.D., 2003. Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 36(6), pp. 698-703.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00042-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00042-2)
PMid:12744913
- Grund, A., Dilba, B., Forberger, K., Krause, H., Siewers, M., Rieckert, H., et al., 2000. Relationships between physical activity, physical fitness, muscle strength and nutritional state in 5- to 11-year-old children. *European Journal of Applied Physiology*, 82(5-6), pp. 425-438.
<http://dx.doi.org/10.1007/s004210000197>
PMid:10985597
- Hannan, L.M., Leitzmann, M.F., Lacey, J.V. Jr., Colbert, L.H., Albanes, D., Schatzkin, A., et al., 2004. Physical activity and risk of ovarian cancer: a prospective cohort study in the United States. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 13(5), pp. 765-770.
PMid:15159308
- Heath, G.W. & Brown, D.W., 2009. Recommended levels of physical activity and health-related quality of life among overweight and obese adults in the United States, 2005. *Journal of Physical Activity & Health*, 6(4), pp. 403-411.
PMid:19842453
- Heath, G.W., 2009. The role of the public health sector in promoting physical activity: national, state, and local applications. *Journal of Physical Activity & Health*, 6 Suppl 2, pp. S159-S167.
PMid:20120125
- Heesch, K.C. & Brown, W.J., 2008. Do walking and leisure-time physical activity protect against arthritis in older women? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12), pp. 1086-1091.
<http://dx.doi.org/10.1136/jech.2007.072215>
PMid:19008369
- Higgins, J.W., Gaul, C., Gibbons, S. & Van Gyn, G., 2003. Factors influencing physical activity levels among Canadian youth. *Canadian Journal of Public Health*, 94(1), pp. 45-51.
PMid:12583679
- Holtermann, A., Mortensen, O.S., Burr, H., Søgaard, K., Gynzelberg, F. & Suadicani, P., 2010. Fitness, work, and leisure-time physical activity and ischaemic heart disease and all-cause mortality among men with pre-existing cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(5), pp. 366-372.
<http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.2914>
PMid:20352173
- Hosper, K., Deutekom, M. & Stronks, K., 2008. The effectiveness of 'Exercise on Prescription' in stimulating physical activity among women in ethnic minority groups in the Netherlands: protocol for a randomized controlled trial. *BioMed Central Public Health*, 8, p. 406.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-8-406>
PMid:19077190; PMCID:PMC2631485
- Hughes, S.L., Seymour, R.B., Campbell, R.T., Whitelaw, N. & Bazzarre T., 2009. Best-practice physical activity programs for older adults: findings from the national impact study. *American Journal of Public Health*, 99(2), pp. 362-368.
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2007.131466>
PMid:19059858; PMCID:PMC2622796
- Huston, S.L., Evenson, K.R., Bors, P. & Gizlice, Z., 2003. Neighborhood environment, access to places for activity, and leisure-time physical activity in a diverse North Carolina population. *American Journal of Health Promotion*, 18(1), pp. 58-69.
<http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-18.1.58>
PMid:13677963
- James, D., Mills, H., Crone, D., Johnston, L.H., Morris, C. & Gidlow, C.J., 2009. Factors associated with physical activity referral completion and health outcomes. *Journal of Sports Sciences*, 27(10), pp. 1007-1017.
<http://dx.doi.org/10.1080/02640410903214248>
PMid:19847684
- Khan, K.S., Kunz, R., Kleijnen, J. & Antes, G., 2003. Five steps to conducting a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(3), pp. 118-121.
<http://dx.doi.org/10.1258/jrsm.96.3.118>
PMid:12612111; PMCID:PMC539417

- Kirjonen, J., Telama, R., Luukkonen, R., Kääriä, S., Kaila-Kangas, L. & Leino-Arjas, P., 2006. Stability and prediction of physical activity in 5-, 10-, and 28-year follow-up studies among industrial employees. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16(3), pp. 201-208.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0838.2005.00476.x>
PMid:16643199
- Kjønniksen, L., Anderssen, N. & Wold, B., 2009. Organized youth sport as a predictor of physical activity in adulthood. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19(5), pp. 646-654.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0838.2008.00850.x>
PMid:18694430
- Lee, I.M., Rexrode, K.M., Cook, N.R., Hennekens, C.H. & Burin, J.E., 2001. Physical activity and breast cancer risk: the Women's Health Study (United States). *Cancer Causes & Control*, 12(2), pp. 137-145.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1008948125076>
PMid:11246842
- Leino-Arjas, P., Solovieva, S., Riihimäki, H., Kirjonen, J. & Telama, R., 2004. Leisure time physical activity and strenuousness of work as predictors of physical functioning: a 28 year follow up of a cohort of industrial employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(12), pp. 1032-1038.
<http://dx.doi.org/10.1136/oem.2003.012054>
PMid:15550611; PMCID:PMC1740678
- Li, C.L., Ali, Y.C., Tseng, C.H., Lin, J.D. & Chang, H.Y., 2010. A population study on the association between leisure time physical activity and self-rated health among diabetics in Taiwan. *BioMed Central Public Health*, 10, p. 277.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-277>
PMid: 20500890; PMCID:PMC2889868
- Lindner, K.J. & Kerr, J.H., 2001. Predictability of sport participation motivation from metamotivational dominances and orientations. *Personality and Individual Differences*, 30(5), pp. 759-773.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00068-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00068-4)
- Littman, A.J., Kristal, A.R. & White, E., 2006. Recreational physical activity and prostate cancer risk (United States). *Cancer Causes & Control*, 17(6), pp. 831-841.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10552-006-0024-8>
PMid:16783611
- Lloyd, K. & Little, D.E., 2010. Self-determination theory as a framework for understanding women's psychological well-being outcomes from leisure-time physical activity. *Leisure Sciences*, 32(4), pp. 369-385.
<http://dx.doi.org/10.1080/01490400.2010.488603>
- Lorentzen, C., Ommundsen, Y., Jenum, A.K. & Holme, I., 2009. The 'Romsås in Motion' community intervention: mediating effects of psychosocial factors on forward transition in the stages of change in physical activity. *Health Education & Behavior*, 36(2), pp. 348-365.
<http://dx.doi.org/10.1177/1090198107308372>
PMid:18065570
- Lovasi, G.S., Lemaitre, R.N., Siscovick, D.S., Dublin, S., Bis, J.C., Lumley, T., et al., 2007. Amount of leisure-time physical activity and risk of nonfatal myocardial infarction. *Annals of Epidemiology*, 17(6), pp. 410-416.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2006.10.012>
PMid:17321755
- Luszczynska, A., Gibbons, F.X., Piko, B.F. & Tekozel, M., 2004. Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: a comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology & Health*, 19(5), pp. 577-593.
<http://dx.doi.org/10.1080/0887044042000205844>
- Martínez-González, M.A., Varo, J.J., Santos, J.L., De Irala, J., Gibney, M., Kearney, J., et al., 2001. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(7), pp. 1142-1146.
<http://dx.doi.org/10.1097/00005768-200107000-00011>
PMid:11445761
- McIntyre, C.A. & Rhodes, R.E., 2009. Correlates of leisure-time physical activity during transitions to motherhood. *Women & Health*, 49(1), pp. 66-83.
<http://dx.doi.org/10.1080/03630240802690853>
PMid:19485235
- Metzger, J.S., Catellier, D.J., Evenson, K.R., Treuth, M.S., Rosamond, W.D. & Siega-Riz, A.M., 2010. Associations between patterns of objectively measured physical activity and risk factors for the metabolic syndrome. *American Journal of Health Promotion*, 24(3), pp. 161-169.
<http://dx.doi.org/10.4278/ajhp.08051151>
PMid:20073381
- Misra, K.B., Endemann, S.W. & Ayer, M., 2005. Leisure time physical activity and metabolic syndrome in Asian Indian immigrants residing in northern California. *Ethnicity & Disease*, 15(4), pp. 627-634.
PMid:16259486
- Molnar, B.E., Gortmaker, S.L., Bull, F.C. & Buka, S.L., 2004. Unsafe to play? Neighborhood disorder and lack of safety predict reduced physical activity among urban children and adolescents. *American Journal of Health Promotion*, 18(5), pp. 378-386.
<http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-18.5.378>
PMid:15163139
- Morseth, B., Emaus, N., Wilsgaard, T., Jacobsen, B.K. & Jørgensen, L., 2010. Leisure time physical activity in adulthood is positively associated with bone mineral density 22 years later.

The Tromsø study. *European Journal of Epidemiology*, 25(5), pp. 325–331.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10654-010-9450-8>
 PMid:20349268

Nacionalni program športa v Republiki Sloveniji (NPS), 2000. Uradni list Republike Slovenije št. 24.

Osler, M., Clausen, J.O., Ibsen, K.K. & Jensen, G.B., 2001. Social influences and low leisure-time physical activity in young Danish adults. *European Journal of Public Health*, 11(2), pp. 130–134.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/11.2.130>
 PMid:11420797

Parks, S.E., Housemann, R.A. & Brownson, R.C., 2003. Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(1), pp. 29–35.
<http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.1.29>
 PMid:12490645; PMCID:PMC1732269

Pedersen, P.V., Kjoller, M., Ekholm, O., Grønbaek, M. & Curtis, T., 2009. Readiness to change level of physical activity in leisure time among physically inactive Danish adults. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(8), pp. 785–792.
<http://dx.doi.org/10.1177/1403494809344443>
 PMid:19726526

Philpott, J.F., Houghton, K. & Luke, A., 2010. Physical activity recommendations for children with specific chronic health conditions: juvenile idiopathic arthritis, hemophilia, asthma, and cystic fibrosis. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 20(3), pp. 167–172.
<http://dx.doi.org/10.1097/JSM.0b013e3181d2eddd>
 PMid:20445355

Rossing, M.A., Remler, R., Voigt, L.F., Wicklund, K.G. & Daling, J.R., 2001. Recreational physical activity and risk of papillary thyroid cancer (United States). *Cancer Causes & Control*, 12(10), pp. 881–885.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1013757030600>
 PMid:11808706

Saftlas, A.F., Logsden-Sackett, N., Wang, W., Woolson, R. & Bracken, M.B., 2004. Work, leisure-time physical activity, and risk of preeclampsia and gestational hypertension. *American Journal of Epidemiology*, 160(8), pp. 758–765.
<http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwh277>
 PMid:15466498

Sagatun, A., Kolle, E., Anderssen, S.A., Thoresen, M. & Sogaard, A.J., 2008. Three-year follow-up of physical activity in Norwegian youth from two ethnic groups: associations with socio-demographic factors. *BioMed Central Public Health*, 8, p. 419.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-8-419>
 PMid:19102770; PMCID:PMC2640384

Sánchez-López, M., Salcedo-Aguilar, F., Solera-Martínez, M., Moya-Martínez, P., Notario-Pacheco, B. & Martínez-Vizcaíno, V., 2009. Physical activity and quality of life in schoolchildren aged 11–13 years of Cuenca, Spain. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19(6), pp. 879–884.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0838.2008.00839.x>
 PMid:18980609

Sarmiento, O.L., Schmid, T.L., Parra, D.C., Díaz-del-Castillo, A., Gómez, L.F., Pratt, M., et al., 2010. Quality of life, physical activity, and built environment characteristics among Colombian adults. *Journal of Physical Activity & Health*, 7 Suppl 2, pp. S181–S195.
 PMid:20702906

Savela, S., Koistinen, P., Tilvis, R.S., Strandberg, A.Y., Pitkälä, K.H., Salomaa, V.V., et al., 2010. Leisure-time physical activity, cardiovascular risk factors and mortality during a 34-year follow-up in men. *European Journal of Epidemiology*, 25(9), pp. 619–625.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10654-010-9483-z>
 PMid:20574657

Schneider, S. & Becker, S., 2005. Prevalence of physical activity among the working population and correlation with work-related factors: results from the first German national health survey. *Journal of Occupational Health*, 47(5), pp. 414–423.
<http://dx.doi.org/10.1539/joh.47.414>
 PMid:6230835

Schulz, B., 2007. The relevance of sports in the context of quality of life and consequences for social policy. In: Itkonen, H., et al., eds. *The changing role of public, civic and private sectors in sport culture*. Jyväskylä: University of Jyväskylä, Department of Sport Sciences, pp. 196–208.

Seabra, A.F., Mendonça, D.M., Göring, H.H., Thomis, M.A. & Maia, J.A., 2008. Genetic and environmental factors in familial clustering in physical activity. *European Journal of Epidemiology*, 23(3), pp. 205–211.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10654-008-9222-x>
 PMid:18214693

Seo, D.C. & Li, K., 2010. Leisure-time physical activity dose-response effects on obesity among US adults: results from the 1999–2006 national health and nutrition examination survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(5), pp. 426–431. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2009.089680>
 PMid:20445211

Sharma, M., Sargent, L. & Stacy, R., 2005. Predictors of leisure-time physical activity among African American women. *American Journal of Health Behavior*, 29(4), pp. 352–359.
<http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.29.4.7>
 PMid:16006232

Sharpe, P.A., Granner, M.L., Hutto, B. & Ainsworth, B.E., 2004. Association of environmental factors to meeting physical

- activity recommendations in two South Carolina counties. *American Journal of Health Promotion*, 18(3), pp. 251–257.
<http://dx.doi.org/10.4278/0890-1171-18.3.251>
PMid:14748316
- Shedd, K.M., Hanson, K.B., Alekel, D.L., Schiferl, D.J., Hanson, L.N. & Van Loan, M.D., 2007. Quantifying leisure physical activity and its relation to bone density and strength. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(12), pp. 2189–2198.
<http://dx.doi.org/10.1249/mss.0b013e318155a7fe>
PMid:18046190; PMCID:PMC2829844
- Shores, K.A. & West, S.T., 2010. Pursuing leisure during leisure-time physical activity. *Journal of Physical Activity & Health*, 7(5), pp. 685–694.
PMid:20864766
- Skowron, M.A., Stodolska, M. & Shinew, K.J., 2008. Determinants of leisure time physical activity participation among Latina women. *Leisure Sciences*, 30(5), pp. 429–447.
<http://dx.doi.org/10.1080/01490400802353174>
- Slapšak, A., Šmit, M., Brandt, M., Palkovič, V., Šenkinc-Vovk, D., Vidmar, M., et al., 2011. Izzivi zdravstvenovzgojnih centrov v Zdravstvenem domu Ljubljana. In: Kvas, A., ed. *Zdravstvena vzgoja - moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo. 12. simpozij DMSBZT, Ljubljana, 25. november 2011*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 59–66.
- Slattery, M.L., Edwards, S., Murtaugh, M.A., Sweeney, C., Herrick, J., Byers, T., et al., 2007. Physical activity and breast cancer risk among women in the southwestern United States. *Annals of Epidemiology*, 17(5), pp. 342–353.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2006.10.017>
PMid:17462544; PMCID:PMC2925501
- Stamatakis, K.A., McBride, T.D. & Brownson, R.C., 2010. Communicating prevention messages to policy makers: the role of stories in promoting physical activity. *Journal of Physical Activity & Health*, 7 Suppl 1, pp. S99–S107.
PMid:20440020; PMCID:PMC3963269
- Steffen, L.M., Arnett, D.K., Blackburn, H., Shah, G., Armstrong, C., Luepker, R.V., et al., 2006. Population trends in leisure-time physical activity: Minnesota heart survey, 1980–2000. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(10), pp. 1716–1723.
<http://dx.doi.org/10.1249/01.mss.0000227407.83851.ba>
PMid:17019292
- Taguchi, N., Higaki, Y., Inoue, S., Kimura, H. & Tanaka, K., 2010. Effects of a 12-month multicomponent exercise program on physical performance, daily physical activity, and quality of life in very elderly people with minor disabilities: an intervention study. *Journal of Epidemiology*, 20(1), pp. 21–29.
<http://dx.doi.org/10.2188/jea.JE20081033>
PMid:19897943; PMCID:PMC3900776
- Taylor, D., 2009. *The literature review*. Toronto: Health Sciences Writing Centre, University of Toronto.
- Taylor-Piliae, R.E., Fair, J.M., Haskell, W.L., Varady, A.N., Iribarren, C., Hlatky, M.A., et al., 2010. Validation of the Stanford brief activity survey: examining psychological factors and physical activity levels in older adults. *Journal of Physical Activity & Health*, 7(1), pp. 87–94.
PMid:20231759
- Thøgersen-Ntoumani, C., 2009. An ecological model of predictors of stages of change for physical activity in Greek older adults. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19(2), pp. 286–296.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00751.x>
PMid:18282227
- Valtonen, M., Laaksonen, D.E., Laukkanen, J., Tolmunen, T., Rauramaa, R., Viinamäki, H., et al., 2009. Leisure-time physical activity, cardiorespiratory fitness and feelings of hopelessness in men. *BioMed Central Public Health*, 9, p. 204.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-204>
PMid:19555509; PMCID:PMC2717082
- Van Sluijs, E.M., McMinn, A.M. & Griffin, S.J., 2008. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *British Journal of Sports Medicine*, 42(8), pp. 653–657.
PMid:18685076
- Van Tuyckom, C. & Scheerder, J., 2010. Sport for all? Insight into stratification and compensation mechanisms of sporting activity in the 27 European Union member states. *Sport Education and Society*, 15(4), pp. 495–512.
<http://dx.doi.org/10.1080/13573322.2010.514746>
- Von Huth Smith, L., Borch-Johnsen, K. & Jørgensen, T., 2007. Commuting physical activity is favourably associated with biological risk factors for cardiovascular disease. *European Journal of Epidemiology*, 22(11), pp. 771–779.
<http://dx.doi.org/10.1007/s10654-007-9177-3>
PMid:17846902
- Vrbovšek, S., 2011. Potencial vzpostavljene mreže zdravstvenovzgojnih centrov za preprečevanje in obvladovanje kroničnih bolezni. In: Kvas, A., ed. *Zdravstvena vzgoja - moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo. 12. simpozij DMSBZT, Ljubljana, 25. november 2011*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 47–58.
- Walker, J.T., Mowen, A.J., Hendricks, W.W., Kruger, J., Morrow, J.R. Jr. & Bricker, K., 2009. Physical activity in the park setting (PA-PS) questionnaire: reliability in a California statewide sample. *Journal of Physical Activity & Health*, 6 Suppl 1, pp. S97–S104.
PMid:19998855

Wilcox, S., Castro, C., King, A.C., Housemann, R. & Brownson, R.C., 2000. Determinants of leisure time physical activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United States. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(9), pp. 667-672.

<http://dx.doi.org/10.1136/jech.54.9.667>

PMid:10942445; PMCID:PMC1731735

Wilhelm Stanis, S.A., Schneider, I.E. & Pereira, M.A., 2010. Parks and health: differences in constraints and negotiation strategies for park-based leisure time physical activity by stage of change. *Journal of Physical Activity & Health*, 7(2), pp. 273-284.

PMid:20484767

Woitak-Słubowska, D., 2008. Factors determining participation in leisure time physical activity among former athletes and male non-athletes. *Journal of Human Kinetics*, 20, pp. 111-120.

<http://dx.doi.org/10.2478/v10078-008-0023-9>

Yang, X., Telama, R., Hirvensalo, M., Hintsanen, M., Hintsu, T., Pulkki-Räback, L., et al., 2010. The benefits of sustained leisure-

time physical activity on job strain. *Occupational Medicine*, 60(5), pp. 369-375.

<http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqq019>

PMid:20308257

Young, D.R., He, X., Harris, J. & Mabry, I., 2002. Environmental, policy, and cultural factors related to physical activity in well-educated urban African American women. *Women & Health*, 36(2), pp. 29-41.

http://dx.doi.org/10.1300/J013v36n02_03

PMid:12487139

Zhang, L., Qin, L.Q., Liu, A.P. & Wang, P.Y., 2010. Prevalence of risk factors for cardiovascular disease and their associations with diet and physical activity in suburban Beijing, China. *Journal of Epidemiology*, 20(3), pp. 237-243.

<http://dx.doi.org/10.2188/jea.JE20090119>

PMid:20431234; PMCID:PMC3900847

Priloga: Sintakse za pregled literature v iskalni bazi WoS

TI=(athlete* AND (quality of life OR welfare OR well being OR effectiv* OR efficien* OR public financ* OR happy OR happiness OR leisure OR satisfaction OR social group OR free time OR predict* OR factor* OR impact* OR regress* OR structural model* OR factor analysis)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(sportsw* AND (quality of life OR welfare OR well being OR effectiv* OR efficien* OR public financ* OR happy OR happiness OR leisure OR satisfaction OR social group OR free time OR predict* OR factor* OR impact* OR regress* OR structural model* OR factor analysis)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(sportsm* AND (quality of life OR welfare OR well being OR effectiv* OR efficien* OR public financ* OR happy OR happiness OR leisure OR satisfaction OR social group OR free time OR predict* OR factor* OR impact* OR regress* OR structural model* OR factor analysis)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(physical activity AND (quality of life OR welfare OR well being OR effectiv* OR efficien* OR public financ* OR happy OR happiness OR leisure OR satisfaction OR social group OR free time OR predict* OR factor* OR impact* OR regress* OR structural model* OR factor analysis)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(recreati* AND (quality of life OR welfare OR well being OR effectiv* OR efficien* OR public financ* OR happy OR happiness OR leisure OR satisfaction OR social group OR free time OR

predict* OR factor* OR impact* OR regress* OR structural model* OR factor analysis)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(recreational sport AND (quality of life OR welfare OR well being OR effectiv* OR efficien* OR public financ* OR happy OR happiness OR leisure OR satisfaction OR social group OR free time OR predict* OR factor* OR impact* OR regress* OR structural model* OR factor analysis)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(sport participation AND (quality of life OR welfare OR well being OR effectiv* OR efficien* OR public financ* OR happy OR happiness OR leisure OR satisfaction OR social group OR free time OR predict* OR factor* OR impact* OR regress* OR structural model* OR factor analysis)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(sport activit* AND (quality of life OR welfare OR well being OR effectiv* OR efficien* OR public financ* OR happy OR happiness OR leisure OR satisfaction OR social group OR free time OR predict* OR factor* OR impact* OR regress* OR structural model* OR factor analysis)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(sport AND (quality of life OR welfare OR well being OR effectiv* OR efficien* OR public financ* OR happy OR happiness OR leisure OR satisfaction OR social group OR free time OR predict* OR factor* OR impact* OR regress* OR structural model* OR factor analysis)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(recreati* AND (state* OR government* OR politic* OR policy* OR state measure* OR state instrument* OR state

mechanism* OR legislation OR normative act* OR EU OR governance)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(physical activity AND (state* OR government* OR politic* OR policy* OR state measure* OR state instrument* OR state mechanism* OR legislation OR normative act* OR EU OR governance)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(recreational sport AND (state* OR government* OR politic* OR policy* OR state measure* OR state instrument* OR state mechanism* OR legislation OR normative act* OR EU OR governance)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(sport participation AND (state* OR government* OR politic* OR policy* OR state measure* OR state instrument* OR state mechanism* OR legislation OR normative act* OR EU OR governance)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

TI=(sport AND (state* OR government* OR politic* OR policy* OR state measure* OR state instrument* OR state mechanism* OR legislation OR normative act* OR EU OR governance)) AND Language=(English) AND Document Type=(Article)

Citirajte kot/Cite as:

Slabe Erker, R. & Ličen, S., 2014. Dejavniki gibalne aktivnosti in z zdravjem povezane kakovosti življenja. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 113–126. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.18>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Vpliv prehranskih terapij na preprečevanje presnovnega sindroma

The influence of nutritional therapy on the prevention of metabolic syndrome

Domen Viler, Tadeja Jakus, Klavdija Viler, Tamara Poklar Vatovec

Ključne besede: presnovni sindrom; prehranska terapija; življenjski slog; rizični dejavniki

Key words: metabolic syndrome; nutrition therapy; lifestyle; risk factors

Domen Viler, dipl. dietetik,
Ortopedska bolnišnica
Valdoltra, Jadranska cesta 31,
6280 Ankaran
Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
domen.viler@gmail.com

asist. Tadeja Jakus, univ. dipl.
ing. živ. tehn., Univerza na
Primorskem, Fakulteta za vede
o zdravju, Polje 42, 6310 Izola

Klavdija Viler, dipl. m. s.,
Zdravstveni dom Izola, Ul.
oktobrske revolucije 011, 6310
Izola

doc. dr. Tamara Poklar Vatovec,
univ. dipl. ing. živ. tehn.,
Univerza na Primorskem,
Fakulteta za vede o zdravju,
Polje 42, 6310 Izola

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Domna
Vilerja *Preprečevanje
presnovnega sindroma z
zdravim življenjskim slogom*
(2012).

Prejeto/Received: 11. 9. 2013
Sprejeto/Accepted: 2. 5. 2014

IZVLEČEK

Uvod: Namen raziskave je z uporabo pregleda literature predstaviti in analizirati rezultate raziskav, ki so proučevale vpliv prehranskih terapij na preprečevanje presnovnega sindroma.

Metode: Za pregled literature in analizo so bile uporabljene primerjalne, presečne in longitudinalne raziskave, ki so bile objavljene od leta 2002 do 2012 v elektronskih bazah podatkov Medline in CINAHL. Skupno število zadetkov je bilo 166, v nadaljnjo analizo pa je bilo vključenih pet raziskav. Kriterij pri izboru raziskav je bil, da raziskave vključujejo podatke za vseh pet rizičnih dejavnikov presnovnega sindroma in prehransko terapijo.

Rezultati: V raziskavah, ki so vključevale različne prehranske terapije, so največji poudarek na spremembo življenjskega sloga podale: zdrava uravnotežena prehrana, mediteranska prehrana, mediteranska prehrana z nižjim vnosom ogljikovih hidratov, konvencionalna prehrana za diabetike in lakto-vegetarijanska prehrana. Dieta z nizkim vnosom ogljikovih hidratov, nizkokalorična dieta in dieta z visoko vsebnostjo ogljikovih hidratov in manjšim energijskim vnosom so bile bolj osredotočene na prehransko terapijo in niso podale ustreznih smernic za spremembo življenjskega sloga. Izbranih pet raziskav kaže statistično pomemben vpliv prehranskih terapij na znižanje telesne mase ($p < 0,001$).

Diskusija in zaključek: Do sedaj so izvedene raziskave obravnavale le posamezen dejavnik presnovnega sindroma na zdravje in niso raziskovale vpliva vseh petih dejavnikov v kombinaciji s prehransko terapijo.

ABSTRACT

Introduction: The aim of the research, based on a literature review, is to present and analyse the results, the purpose of which was to determine the effects of nutritional therapies in the prevention of the metabolic syndrome.

Methods: Comparative, cross-sectional and longitudinal researches, published in the last decade in electronic databases Medline and CINAHL, have been used for literature review and analysis. Total number of hits was 166, for further analysis 5 studies were included. The inclusion selection criterion of the studies was that data for all five risk factors of metabolic syndrome and nutritional therapy were encompassed.

Results: The results of the dietary therapy studies showed that the greatest emphasis on lifestyle changes was given to: a healthy balanced diet, Mediterranean diet, Mediterranean diet with a lower intake of carbohydrates, conventional diet for diabetics and lacto - vegetarian diet. A diet with low carbohydrate intake, low calorie diet and a diet high in carbohydrates and low energy intake mainly focused on nutritional therapy and showed no relevant guidelines for lifestyle change. The selected five studies show a statistically significant effect of dietary treatments on weight reduction ($p < 0.001$).

Discussion and conclusion: The studies conducted so far focused solely on the individual factor of metabolic syndrome on health. However, the influence of all five factors in combination with nutritional therapy has not been researched yet.

Uvod

Presnovni sindrom, poznan tudi kot sindrom X, je postal eden glavnih javnozdravstvenih izzivov po vsem svetu. Z naraščajočo epidemijo sladkorne bolezni tipa II in kardiovaskularnih obolenj narašča tudi število obolelih za presnovnim sindromom (Alberti, et al., 2006).

Presnovni sindrom opisujejo kot kompleksno motnjo, ki jo opredeljuje več med seboj povezanih dejavnikov tveganja za razvoj kardiovaskularnih bolezni in sladkorne bolezni tipa II. Njegov nastanek je tesno povezan tudi z naraščanjem visceralne debelosti, ki jo ocenjujemo z merjenjem obsega pasu (Okamoto, et al., 2006; Matsuzawa, et al., 2011; Mulej, 2011). Po definiciji govorimo o presnovnem sindromu takrat, ko je prisotna visceralna debelost (obseg pasu pri ženskah ≥ 80 cm in pri moških ≥ 94 cm) ter vsaj še dva od dejavnikov tveganja za razvoj zgoraj omenjenih obolenj: zvišani trigliceridi ($\geq 1,7$ mmol/l), znižan holesterol HDL (high density lipoprotein) (pri ženskah $< 1,29$ mmol/l, moških $< 1,01$ mmol/l), povišan krvni tlak (sistolični > 130 mm Hg, diastolični > 85 mm Hg) ter povišan krvni sladkor ($> 5,6$ mmol/l) (Alberti, et al., 2006).

V zadnjih desetletjih smo priča globalni epidemiji debelosti (Mulej, 2011). Prevalenca presnovnega sindroma narašča vzporedno z naraščanjem te epidemije. Ocenjuje se, da četrtina odrasle populacije v Evropi, Združenih državah Amerike in Južni Ameriki izpolnjuje merila za presnovni sindrom (Babio, et al., 2009; Wang, 2013). Približno v enakem odstotku je prisoten pri moških (24 %) kot pri ženskah (23 %). S starostjo se delež povečuje, saj kar 40 % oseb, starejših od šestdeset let, izpolnjuje kriterije za presnovni sindrom (Wang, 2013). Iz raziskav Nacionalnega inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije razberemo, kako pogosto se posamezni dejavniki tveganja za nastanek presnovnega sindroma pojavljajo pri odraslih Slovencih: 42 % jih ima čezmerno telesno maso, 18 % je debelih (Hlastan Ribič, et al., 2008), približno polovica jih ima zvišan krvni tlak, dva od treh imata zvišan holesterol v krvi, sladkornih bolnikov je več kot 100.000 in njihovo število nenehno narašča. Velik javnozdravstveni problem so tudi kardiovaskularne bolezni, ki predstavljajo najpogostejši vzrok smrti v Sloveniji in Evropski uniji (Božič & Zupanič, 2009).

Med glavnimi vzroki nastanka presnovnega sindroma so predvsem slabe prehranjevalne navade in odsotnost gibalne oz. športne aktivnosti (Lindström, et al., 2003). Pri preventivi in zdravljenju sta zato potrebna tako uravnotežena prehrana kot tudi zadostna gibalna oz. športna aktivnost. O pravilnem uravnoteženem prehranjevanju govorimo takrat, ko sta energijski vnos in sestava prehrane, ki naj vsebuje esencialne sestavine iz ključnih skupin živil, prilagojena aktualni telesni masi (Pokorn, 2003).

Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov za preventivo in zdravljenje presnovnega sindroma svetujejo zdrav življenjski slog, ki vključuje zmerno in dolgoročno zmanjšanje telesne mase za 7 % do 10 % začetne telesne mase in redno telesno dejavnost najmanj 150 minut na teden (Eckel, et al., 2005; Cerović, et al., 2007). Za prepričljive pozitivne učinke na zdravje ni nujno potrebna zelo intenzivna športna oz. gibalna aktivnost, ampak zadostuje že redno gibanje zmerne intenzitete (Blinč & Bresjanac, 2005; Strategija Vlade Republike Slovenije na področju telesne (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012, 2007). Z redno gibalno oz. športno aktivnostjo povečamo blagodejne učinke uravnotežene prehrane, lažje nadziramo ustrezno telesno maso ter dosežemo izboljšanje telesne in srčno-žilne zmogljivosti (Levine & Levine Bradley, 2006).

Pri zdravljenju in zaviranju nastanka presnovnega sindroma je najpomembnejša sprememba življenjskega sloga. Z uravnoteženim prehranjevanjem in aktivnim načinom življenja lahko pripomoremo k znižanju razvoja inzulinske odpornosti, diabetesa tipa II, kardiovaskularnih obolenj in debelosti, ki so glavni dejavniki za razvoj presnovnega sindroma (Zemljič, et al., 2007).

Namen in cilj

Namen raziskave je s pomočjo pregleda literature predstaviti in analizirati rezultate raziskav, ki so proučevale vpliv prehranskih terapij na preprečevanje presnovnega sindroma. Z raziskavo smo želeli odgovoriti na sledeči raziskovalni vprašanji:

- Kako različne prehranske terapije učinkujejo na posamezne rizične dejavnike presnovnega sindroma?
- Katera prehranska terapija je najboljša izbira za preprečevanje presnovnega sindroma?

Metode

Metode pregleda

Narejen je bil pregled literature. Uporabili smo gradivo, ki smo ga poiskali s pomočjo informacijskega servisa EBSCOhost iz podatkovnih baz CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) in Medline. Pri iskanju se je izkazalo, da je izjemno pomembna iskalna strategija in terminologija oziroma uporabljene ključne besede, ki so bolj kot katero drugo vključitveno ali izključitveno merilo določale vsebino in število zadetkov. V EBSCOhost smo vnesli ključne besede z uporabo Boolovega operatorja IN (angl. AND) v različnih kombinacijah: *metabolic syndrome*, *diet therapy*, *risk factors*, *Mediterranean diet*, *isocaloric diet*, *very low caloric diet*, *vegetarian diet*. Za pridobitev želenih zadetkov smo uporabili kriterije, ki jih je omogočal EBSCOhost. Med

možnostmi omejitve iskanja smo izbrali: znanstvene revije; možen vpogled izvlečka; raziskave, objavljene v angleščini; obdobje objave od 2002 do 2012; in raziskave, opravljene na odraslih osebah od 19. leta starosti naprej. Na podlagi pridobljenih zadetkov smo dodatno izključili tiste raziskave, ki so bile kvalitativne, ki niso vključevale rizičnih dejavnikov presnovnega sindroma, ki niso vsebovale primerne prehranske terapije, ki niso bile izvedene na ljudeh in pri katerih nismo imeli možnosti brezplačnega dostopa do celotnega besedila.

V končni fazi izbora smo raziskave ovrednotili glede na kakovost, za to smo uporabili štiristopenjsko lestvico, oblikovano glede na moč dokazov: (A) ugotovitve podpirajo klinično pomembni in dosledni dokazi dobro načrtovanih raziskav, (B) ugotovitve podpirajo dokazi, vendar so včasih negotove zaradi inkonsistence rezultatov, (C) ugotovitve podpirajo le omejeni dokazi ali mnenje strokovnjaka, (D) dokazi prihajajo iz omejenega števila raziskav, ki so slabo načrtovane ali se njihovi rezultati med seboj tako razlikujejo, da sklepanje ni mogoče. Raziskave, označene z A, imajo največjo zanesljivost dokazov, označene z D pa najmanjšo (Practice-based evidence in nutrition, 2013).

Rezultat pregleda

Po iskalnih pojmih je bilo najdenih 166 zadetkov. Raziskave smo pregledali po naslovu in izvlečku ter po izključitvenih merilih izključili 161 zadetkov: 53 raziskav je bilo kvalitativnih, 51 raziskav ni imelo vključenih vseh rizičnih dejavnikov presnovnega sindroma, dve raziskavi nista bili izvedeni na ljudeh, 33 raziskav ni vsebovalo primerne prehranske terapije, ostalih 22 raziskav ni bilo brezplačno dostopnih v celotnem besedilu. Z upoštevanjem vključitvenih kriterijev je bilo za končno analizo izbranih pet raziskav.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Vse vključene raziskave smo glede na moč dokazov uvrstili v skupino B štiristopenjske lestvice (Practice-based evidence in nutrition, 2013). Po pregledu izbranih raziskav smo podatke sistematično razvrstili (Tabela 1) in predstavili statistični povzetek rezultatov več primerljivih raziskav določenega raziskovalnega problema.

Rezultati

Na Sliki 1 je prikazan diagram o postopku, po katerem smo prišli do vključenih raziskav.

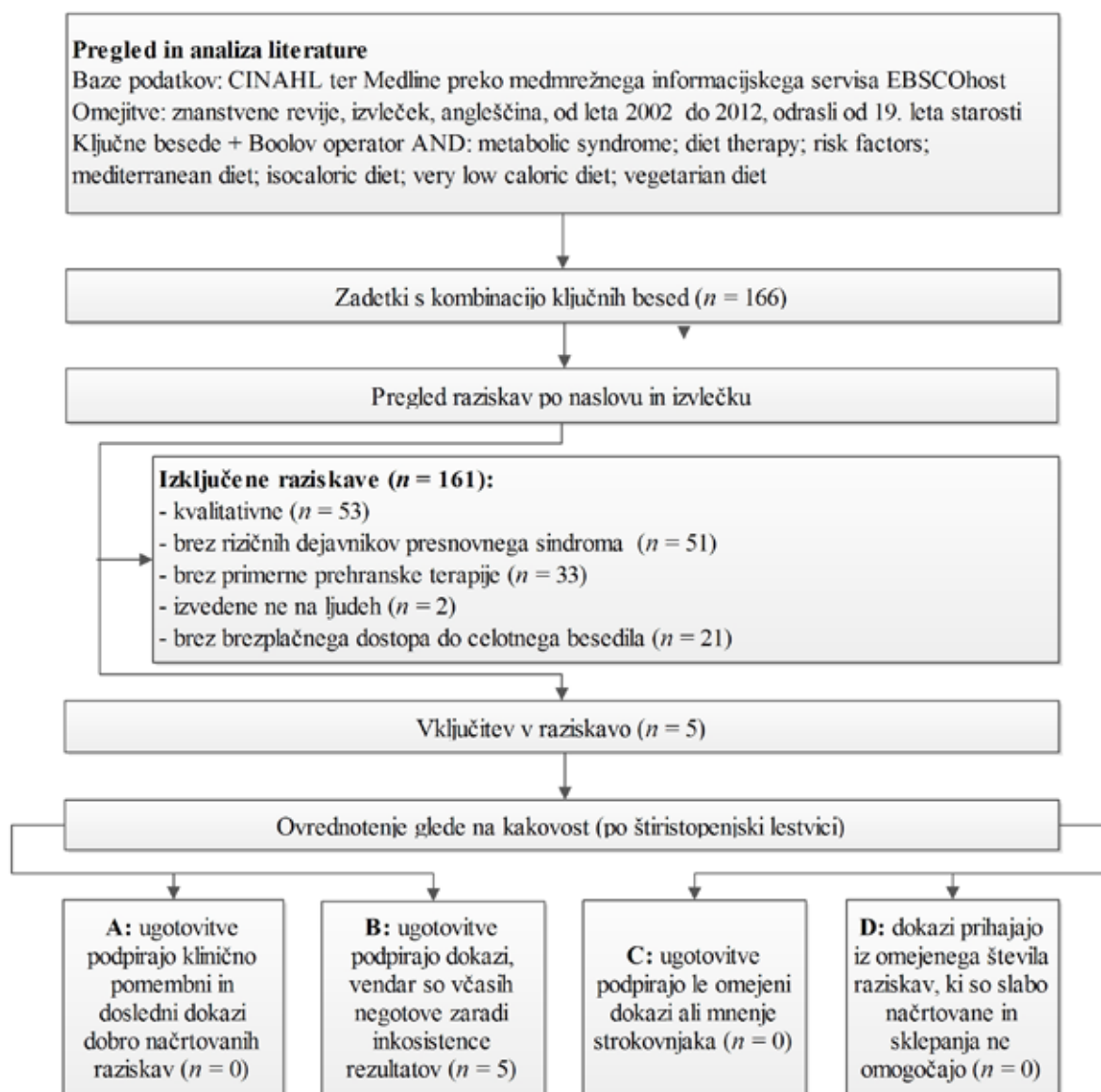
V raziskavah je bilo obravnavanih osem prehranskih terapij: zdrava uravnotežena prehrana, mediteranska prehrana, mediteranska prehrana z manjšim vnosom ogljikovih hidratov, konvencionalna prehrana za

diabetike, lakto-vegetarijanska prehrana, nizkokalorična dieta, dieta z visoko vsebnostjo ogljikovih hidratov in znižanim energijskim vnosom ter dieta z nizkim vnosom ogljikovih hidratov. Vse analizirane raziskave so bile opravljene na odraslih osebah, povprečno starih 55 let, z najmanj dvema rizičnima dejavnikoma presnovnega sindroma in indeksom telesne mase nad 27 kg/m². Elhayany in sodelavci (2010) in Kahleova in sodelavci (2011) so obravnavali bolnike s sladkorno boleznijo tipa II, pri katerih so tudi izvedli meritve za rizične dejavnike prehranskega sindroma. Tri raziskave (Tay, et al., 2008; Elhayany, et al., 2010; Kahleova, et al., 2011), ki primerjajo različne prehranske terapije med seboj in njihov vpliv na zmanjšanje rizičnih dejavnikov presnovnega sindroma, so bile izvedene z metodo kvantitativne eksperimentalne primerjalne raziskave. Ostali dve raziskavi (Raitakari, et al., 2004; Dutheil, et al., 2010) pa sta bili osredotočeni na zmanjšanje rizičnih dejavnikov presnovnega sindroma z eno prehransko terapijo in sta uporabljali kvantitativno eksperimentalno raziskavo. Metodološko so bile raziskave izvedene na vzorcih različnih velikosti in v različnem časovnem obdobju – vzorci raziskav se gibljejo med 14 in 130 udeležencev in čas trajanja od šest tednov do enega leta.

Izbranih pet raziskav kaže statistično pomemben vpliv na znižanje telesne mase udeležencev ($p < 0,001$) pri različnih prehranskih terapijah. Statistično pomembno vlogo imata tudi krvni tlak in krvni sladkor, ki sta se znižala pri vseh raziskavah.

Vse prehranske terapije so pripomogle tudi k zniževanju vrednosti trigliceridov. Koncentracija holesterola HDL se je pozitivno zvišala pri dieti z nizkim vnosom ogljikovih hidratov (Kahleova, et al., 2011), pri zdravi uravnoteženi prehrani z individualnim posvetom (Dutheil, et al., 2010) in mediteranski prehrani z nizkim vnosom ogljikovih hidratov (Elhayany, et al., 2010). Pri nizkokalorični dieti (Raitakari, et al., 2004), lakto-vegetarijanski prehrani (Kahleova, et al., 2011), mediteranski prehrani (Elhayany, et al., 2010), konvencionalni prehrani za diabetike (Elhayany, et al., 2010) in dieti z visoko vsebnostjo ogljikovih hidratov in manjšim energijskim vnosom (Tay, et al., 2008) se je koncentracija holesterola HDL nekoliko znižala oziroma ostala nespremenjena. Ob tem se je znižal tudi nivo holesterola LDL (low density lipoprotein), kar močno vpliva na nenapredovanje in zmanjšanje ateroskleroze (Raitakari, et al., 2004).

Pomembno je povedati, da se je koncentracija holesterola LDL najmanj znižala pri dieti z nizkim vnosom ogljikovih hidratov, in sicer le za 0,06 mmol/l krvi (Tay, et al., 2008), največ pa se je znižala pri nizkokalorični dieti: kar za 1 mmol/l krvi (Raitakari, et al., 2004). Večje znižanje koncentracije holesterola LDL predpisujejo tudi lakto-vegetarijanski (Kahleova, et al., 2011) in mediteranski prehrani (Elhayany, et al., 2010). Tu je prehrana bogata s polnozrnatimi mlevskimi izdelki, zelenjavo, sadjem, oljčnim oljem, ribami, pustim mesom, omejuje se uživanje mastnega



Slika 1: Diagram izbora raziskav
Figure 1: Diagram of study selection

mesa, drugih vrst maščob, sladkarij in industrijsko predelane hrane, ki so vir nasičenih maščobnih kislin, ki povišajo koncentracijo holesterola LDL (Anderson, 2003; Esposito, et al., 2004; Babio, et al., 2009; Elhayany, et al., 2010; Kahleova, et al., 2011).

Diskusija

Pregled literature je vključeval pet raziskav, ki so zajemale podatke za vseh pet rizičnih dejavnikov presnovnega sindroma in podatke o prehranski terapiji. Večina obstoječih raziskav proučuje le posamezne rizične dejavnike in tako ni pregleda nad tem, kako prehranska terapija vpliva na vse rizične dejavnike ter ne zgolj na enega.

V kvantitativnih raziskavah, vključenih v pregled literature, ki so vključevale različne prehranske

terapije, so največji poudarek na spremembo življenjskega sloga podale zdrava uravnotežena prehrana, mediteranska prehrana, mediteranska prehrana z nižjim vnosom ogljikovih hidratov, konvencionalna prehrana za diabetike in lakto-vegetarijanska prehrana (Dutheil, et al., 2010; Elhayany, et al., 2010; Kahleova, et al., 2011). Dieta z nizkim vnosom ogljikovih hidratov, nizkokalorična dieta in dieta z visoko vsebnostjo ogljikovih hidratov in manjšim energijskim vnosom so bile bolj osredotočene na prehransko terapijo in niso podale ustreznih smernic za spremembo življenjskega sloga (Raitakari, et al., 2004; Tay, et al., 2008).

Svetovanje glede prehrane pri presnovnem sindromu je usmerjeno glede na telesno maso, koncentracijo lipidov in glukoze v krvi ter glede na krvni tlak. V analiziranih raziskavah so spremljali vse

Tabela 1: Prikaz glavnih ugotovitev izbranih raziskav ter učinek prehranskih terapij na dejavnike tveganja presnovnega sindroma

Table 1: The main findings of the selected studies and the effect of nutrition therapy on the risk factors of metabolic syndrome

Referenca	Metode dela	Vzorec	Prehranska terapija	Dejavniki PS po zaključeni terapiji
Elhaqyany, et al. (2010)	Kvantitativna eksperimentalna primerjalna raziskava, 1 leto	n (m/ž) = 31/30 S = 55,5 ($\pm$ 6,5) let Tm = 86,7 ($\pm$ 14,3) kg ITM = 27 do 34 kg/m ² TAG = 1,8 do 4,5 mmol/l Diabetes tipa II	<i>Mediterranska prehrana z malo OH:</i> EV = 9400 ($\pm$ 4500) kJ OH = 35 % CEP B = 15–20 % CEP M = 45 % CEP	Tm: – 8,9 kg ($p < 0,001$) TAG: – 1,52 ($\pm$ 0,036) mmol/l ($p < 0,001$) LDL: – 0,61 ($\pm$ 0,22) mmol/l ($p < 0,001$) HDL: + 0,13 ($\pm$ 0,03) mmol/l ($p < 0,001$) G: – 4,29 ($\pm$ 0,84) mmol/l ($p < 0,001$)
	Kvantitativna eksperimentalna primerjalna raziskava, 1 leto	n (m/ž) = 35/28 S = 57,4 ($\pm$ 6,1) let Tm = 85,5 ($\pm$ 10,6) kg ITM = 27 do 34 kg/m ² TAG = 1,8 do 4,5 mmol/l Diabetes tipa II	<i>Mediterranska prehrana:</i> EV = 9400 ($\pm$ 4500) kJ OH = 50–55 % CEP B = 15–20 % CEP M = 30 % CEP	Tm: – 7,4 kg ($p < 0,001$) TAG: – 1,46 ($\pm$ 0,33) mmol/l ($p < 0,001$) LDL: – 0,55 ($\pm$ 0,16) mmol/l ($p < 0,001$) HDL: ns ($p < 0,001$) G: – 3,5 ($\pm$ 1,34) mmol/l ($p < 0,001$)
	Kvantitativna eksperimentalna primerjalna raziskava, 1 leto	N (m/ž) = 27/28 S = 56,0 ($\pm$ 6,1) let Tm = 87,8 ($\pm$ 13,7) kg ITM = 27 do 34 kg/m ² TAG = 1,8 do 4,5 mmol/l Diabetes tipa II	<i>Konvencionalna prehrana za diabetike:</i> EV = 9400 ($\pm$ 4500) kJ OH = 50–55 % CEP B = 20 % CEP M = 30 % CEP	m: – 7,6 kg ($p < 0,001$) TAG: – 0,88 ($\pm$ 0,12) mmol/l ($p < 0,001$) LDL: – 0,37 ($\pm$ 0,23) mmol/l ($p < 0,001$) HDL: ns ($p < 0,001$) G: – 3,07 ($\pm$ 1,85) mmol/l ($p < 0,001$)
Raitakari, et al. (2004)	Kvantitativna eksperimentalna raziskava, 6 tednov	n (m/ž) = 20/47 S = 46 ($\pm$ 7) let Tm = 101 ($\pm$ 18) kg ITM $\geq$ 27 kg/m ² Sedeča dejavnost (65 % udeležencev)	<i>Nizkokalorična dieta:</i> CEP = 2300 kJ M = 4,5 g/dan B = 59 g/dan OH = 72 g/dan	Tm: – 11 ($\pm$ 3) kg ($p < 0,001$) TAG: – 0,5 mmol/l ($p = 0,01$) LDL: – 1 mmol/l ($p = 0,02$) HDL: – 0,06 mmol/l G: – 0,47 mmol/l ($p = 0,05$) SKT: – 12 mm Hg ($p < 0,001$) DKT: – 9 mm Hg ($p < 0,001$)
Tay, et al. (2008)	Kvantitativna eksperimentalna primerjalna raziskava, 6 mesecev	n (m/ž) = 14/31 S = 51 ($\pm$ 7,5) let Visceralna debelost $\geq$ 1 rizični dejavnik PS	<i>Dieta z nizko vsebnostjo OH:</i> ED OH = 4 % CEP ED B = 35 % CEP ED M = 61 % CEP $\leq$ 20 % NMK	Tm: – 11,9 ($\pm$ 6,3) kg ($p < 0,001$) LDL: ns ($p \geq 0,52$) HDL: + 0,25 ($\pm$ 0,28) mmol/l ($p < 0,001$) TAG: – 0,96 ($\pm$ 0,35) mmol/l ($p < 0,001$) SKT: – 12,3 ($\pm$ 14,1) mm Hg ($p < 0,01$) DKT: – 4,58 ($\pm$ 9,78) mm Hg ($p < 0,01$) G: – 0,18 ($\pm$ 0,48) mmol/l ($p < 0,01$)
	Kvantitativna eksperimentalna primerjalna raziskava, 6 mesecev	n (m/ž) = 17/26 S = 51 ($\pm$ 7,5) let Visceralna debelost $\geq$ 1 rizični dejavnik PS	<i>Dieta z manjšim EV:</i> ED OH = 45–55 % CEP ED B = 15–20 % CEP ED M = 30 % CEP $\leq$ 8 % NMK Redukcija energije: – 30 % CEP (ženske – 6000 kJ, moški – 7000 kJ)	Tm: – 10,1 ($\pm$ 5,7) kg ($p < 0,001$) LDL: – 0,46 ($\pm$ 0,71) mmol/l ($p < 0,001$) HDL: ns ($p = 0,52$) TAG: – 0,35 ($\pm$ 0,49) mmol/l ($p < 0,001$) DKT, SKT, G: znižanje ($p \geq 0,57$)

se nadaljuje/continues

Referenca	Metode dela	Vzorec	Prehranska terapija	Dejavniki PS po zaključeni terapiji
Kahleova, et al. (2011)	Kvantitativna eksperimentalna primerjalna raziskava, 6 mesecev	n (m/ž) = 17/20 S = 54,6 ($\pm$ 7,8) let T_m = 101,1 ($\pm$ 17,1) kg Diabetes tipa II	Lakto-vegetarijanska prehrana: ED OH = 60 % CEP ED B = 15 % CEP ED M = 25 % CEP Dodatek: 50 μ g vitamina B12/dan Redukcija energije: – 2100 kJ/dan	T_m : – 6,2 kg ($p < 0,001$) LDL: – 0,17 ($\pm$ 0,68) mmol/l ($p < 0,05$) HDL: – 0,01 ($\pm$ 0,16) mmol/l (nspv) TAG: – 0,27 ($\pm$ 0,92) mmol/l (nspv) G: – 1,49 ($\pm$ 2,03) mmol/l ($p < 0,001$)
	Kvantitativna eksperimentalna primerjalna raziskava, 6 mesecev	n (m/ž) = 18/19 S = 57,7 ($\pm$ 4,9) let T_m = 100,8 ($\pm$ 17,8) kg	Konvencionalna prehrana za diabetike: ED OH = 50 % CEP ED B = 20 % CEP ED M = 30 % CEP ≤ 7 % NMK ≤ 200 mg holesterola/dan	T_m : – 3,2 kg ($p < 0,001$) LDL: – 0,14 ($\pm$ 0,68) mmol/l, v primerjavi z lakto-vegetarijansko prehrano je $p = 0,05$ HDL: + 0,08 ($\pm$ 0,14) mmol/l ($p < 0,05$) v primerjavi z lakto-vegetarijansko prehrano je $p = 0,07$ TAG: + 0,05 ($\pm$ 0,63) mmol/l, v primerjavi z lakto-vegetarijansko prehrano je $p = 0,12$ G: – 1,05 ($\pm$ 3,2) mmol/l, v primerjavi z lakto-vegetarijansko prehrano je $p = 0,42$ DKT, SKT: ns
Dutheil, et al. (2010)	Kvantitativna eksperimentalna raziskava, 6 mesecev, od tega 20 dni v kliniki	n (m/ž) = 10/4 S = 62,9 ($\pm$ 6,9) let T_m = 85,6 ($\pm$ 10,3) kg Simptomi PS	Zdrava uravnotežena prehrana: ED OH = 50–60 % CEP ED B = 10–15 % CEP ED M = 25–30 % CEP < 10 % NMK Redukcija energije: – 2100 kJ/dan	T_m : – 4,36 kg ($p < 0,0001$) HDL: + 0,14 mmol/l ($p < 0,005$) LDL: – 0,36 mmol/l ($p < 0,003$) TAG: – 0,364 mmol/l ($p = 0,17$) G: po 3 mesecih se je zmanjšal za 0,45 mmol/l krvi ($p = 0,00409$), v 6. mesecu malenkost povečal ($p = 0,0121$) SKT: – 4,46 mm Hg DKT: – 5,39 mm Hg

Legenda/Legend: PS – presnovni sindrom/metabolic syndrome; n (m/ž) – število udeležencev (moški/ženske)/number of participants (male/female); S – starost/age; T_m – telesna masa/weight; ns – ni sprememb/not changes; nspv – ni statistično pomemben vpliv/no statistically significant effect; ED – energijski delež/energy content; CEP – celodnevne energijske potrebe/all-day energy needs; OH – ogljikovi hidrati/carbohydrates; B – beljakovine/protein; M – maščobe/fat; NMK – nasičene maščobne kisline/saturated fatty acids; EV – energijski vnos/energy intake; TAG – triacilgliceridi/triglycerides; LDL – lipoproteini nizke gostote/low density lipoproteins; HDL – lipoproteini visoke gostote/high density lipoproteins; SKT – sistolični krvni tlak/systolic blood pressure; DKT – diastolični krvni tlak/diastolic blood pressure; G – krvni sladkor /blood glucose

omenjene dejavnike in telesna masa se je ne glede na uporabljen prehransko terapijo znižala. V raziskavi, kjer so preučevali povezave med izgubo telesne mase in prehransko terapijo pri osebah s presnovnim sindromom (Walsh & Dauser-Forrest, 2009), avtorja navajata, da je za dolgotrajno zmanjšanje telesne mase pri teh bolnikih potrebno individualno prehransko svetovanje. Bolnike je potrebno seznaniti s statusom njihove prekomerne telesne mase, pojasniti povezave med prekomerno telesno maso in drugimi sočasnimi boleznimi ter jim svetovati o varovalni in uravnoteženi prehrani, ki bo pripomogla k doseganju njihovih

želenih ciljev. Pomembna hranila, ki jih moramo najbolj upoštevati pri presnovnem sindromu, so maščobe, prehranske vlaknine, vitamini ter minerali (Cerović, et al., 2007).

Večina analiziranih raziskav (Tay, et al., 2008; Dutheil, et al., 2010; Elhaqyany, et al., 2010; Kahleova, et al., 2010) je v prehrani vključevala 25–30 % maščob in 50–60 % ogljikovih hidratov, kar priporočajo tudi smernice zdravega prehranjevanja (Referenčne vrednosti za vnos hranil, 2004). V vseh raziskavah, ki so vključevale omenjene deleže hranil, so se vsi dejavniki presnovnega sindroma znižali, kar potrjuje, da lahko

z zdravo, uravnoteženo prehrano pripomoremo k ohranjanju zdravja. V prehrani naj bo veliko zelenjave in sadja ter polnozrnatih izdelkov, omejimo pa vnos sladke hrane in sladkih pijač (Cerović, et al., 2007). Z uživanjem zadostnega deleža ogljikovih hidratov, bomo pokrili tudi priporočilo po vnosu prehranskih vlaknin, ki znaša 2,9 g do 3,2 g na 1000 kJ, oziroma najmanj 30 g na dan (Referenčne vrednosti za vnos hranil, 2004; Cerović, et al., 2007).

Nekateri avtorji (Tay, et al., 2008; Elhayany, et al., 2010) so raziskovali vpliv prehrane z malo ogljikovih hidratov na presnovni sindrom. Po analizi bi lahko sklepali, da nižji kot je delež ogljikovih hidratov v prehrani manj uspešna je prehranska terapija, saj je prehrana, ki je vključevala 35 % ogljikovih hidratov, še uspešno pripomogla k zniževanju vseh dejavnikov presnovnega sindroma, medtem ko pri prehrani s 4 % ogljikovih hidratov tega ne moremo potrditi. Morda je razlog za slednje prav to, da v tovrstni prehrani pogosto primanjkuje prehranskih vlaknin, vitaminov in mineralov, ki uspešno pripomorejo k zniževanju presnovnega sindroma.

Kljub temu, da so raziskane prehranske terapije znižale rizične dejavnike za nastanek presnovnega sindroma, zaradi kratkega trajanja raziskav dolgoročnih učinkov ni bilo mogoče dokazati. Za spremljanje vpliva prehranskih terapij na presnovni sindrom in spremembo življenjskega sloga bi bilo vsekakor potrebno izvajati tudi longitudinalne raziskave. Poleg tega v nobeni od analiziranih raziskav nismo zasledili, da bi spremljali vnos soli, za katero vemo, da v prekomernih količinah pripomore k dvigu krvnega tlaka, ki je dejavnik presnovnega sindroma.

Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov za preventivo in zdravljenje presnovnega sindroma svetujejo zdrav življenjski slog, ki vključuje zmerno in dolgoročno zmanjšanje telesne mase za 7 % do 10 % začetne telesne mase in redno gibalno oz. športno aktivnost najmanj 150 minut na teden (Eckel, et al., 2005; Cerović, et al., 2007). Gibalna oz. športna aktivnost je bila predvidena in vodena pri treh prehranskih terapijah (Dutheil, et al., 2010; Elhayany, et al., 2010; Kahleova, et al., 2011) ter je pozitivno vplivala na zmanjševanje rizičnih dejavnikov presnovnega sindroma. V eni raziskavi gibalna oz. športna aktivnost ni bila predvidena zaradi nizkega energijskega vnosa (2300 kJ/dan) (Raitakari, et al., 2004), v raziskavi, ki so jo izvajali Tay in sodelavci (2008), pa je bila ocenjena s pomočjo vprašalnika. Ker je gibalna oz. športna aktivnost poleg prehranske terapije pomemben dejavnik pri zdravljenju presnovnega sindroma, je pomembno, da je vključena v načrtovanje spremembe življenjskega sloga osebe. V raziskavah, ki smo jih pregledali, je žal premalo podatkov o tem, kako gibalna oz. športna aktivnost vpliva na dejavnike presnovnega sindroma. Avtorji le navajajo, da je bila aktivnost prisotna, niso pa jasne povezave med gibalno oz. športno aktivnostjo in dejavniki presnovnega sindroma.

Zdrava prehrana je osnovni pogoj za ohranjanje zdravja, boljše počutje in kakovostno življenje. Že od otroštva naprej lahko z uravnoteženo prehrano in zdravim življenjskim slogom zmanjšamo tveganje za nastanek s prehrano pogojenih bolezni in vplivamo na dolžino ter kakovost življenja (Hlastan Ribič, 2010).

Zaključek

Danes so kardiovaskularne bolezni v Sloveniji in v razvitem svetu velik javnozdravstveni in družbenoekonomski problem, saj zmanjšujejo kakovost življenja in krajšajo življenjsko dobo. Presnovni sindrom poveča tveganja za razvoj teh bolezni, zato moramo dovolj zgodaj prepoznati ogrožene bolnike in se pravočasno odločiti za zdravljenje inzulinske odpornosti in rizične dejavnike presnovnega sindroma.

Raziskave, ki so bile opravljene za ugotavljanje koristnih učinkov raznih prehranskih terapij na zdravje, nam pomagajo pri razumevanju mehanizma delovanja pomembnih komponent zdrave uravnotežene prehrane, ki igrajo pomembno vlogo pri ublažitvi dejavnikov tveganja. Obravnavane prehranske terapije na rizične dejavnike presnovnega sindroma ne vplivajo enako. Zaradi neenotnosti ter majhnega števila raziskav je težko določiti, katera prehranska terapija je pri preprečevanju presnovnega sindroma najbolj primerna. V prihodnje bi bilo potrebno izvesti več longitudinalnih raziskav, ki bi proučevale vpliv prehranskih terapij in gibalne oz. športne aktivnosti na vse rizične dejavnike presnovnega sindroma. K obvladovanju rizičnih dejavnikov presnovnega sindroma je potrebno pristopiti dolgoročno s spremembo prehranjevalnih, vedenjskih in gibalnih navad, ne z le nekajmesečno intervencijo in kasnejšim povratnim učinkom.

Prehrana je osnova preventivne medicine ter močno orodje pri zdravljenju in odgovornost vseh nas.

Literatura

- Alberti, K.G., Zimmet, P. & Shaw, J., 2006. Metabolic syndrome – a new worldwide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. *Diabetic Medicine*, 23(5), pp. 469–480.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2006.01858.x>
PMid:16681555
- Anderson J.W., 2003. Whole grains protect against atherosclerotic cardiovascular disease. *Proceedings of the Nutrition Society*, 62(1), pp. 135–142.
<http://dx.doi.org/10.1079/PNS2002222>
PMid:12740068
- Babio, N., Bulló, M. & Salas-Salvadó, J., 2009. Mediterranean diet and metabolic syndrome: the evidence. *Public Health Nutrition*, 12(Suppl 9A), pp. 1607–1617.

<http://dx.doi.org/10.1017/S1368980009990449>

PMid:19689829

Blinč, A. & Bresjanac, M., 2005. Telesna dejavnost in zdravje. *Zdravniški Vestnik*, 74(12), pp. 771–777.

Božič, A. & Zupanič, T., 2009. *Zdravje in zdravstveno varstvo v Sloveniji*. Ljubljana: Statistični urad Republike Slovenije, pp. 22, 34.

Cerović, O., Hren, I., Knap, B., Kompan, L., Lainščak, M., Lavrinec, J., et al., 2007. *Priporočilo za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domih za starejše občane*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, pp. 139–140.

Dutheil, F., Lesourd, B., Courteix, D., Chapier, R., Doré, E. & Lac, G., 2010. Blood lipids and adipokines concentrations during a 6-month nutritional and physical activity intervention for metabolic syndrome treatment. *Lipids in Health and Disease*, 9, p. 148.

<http://dx.doi.org/10.1186/1476-511X-9-148>

PMid:21194421; PMCID:PMC3022754

Eckel, R.H., Grundy, S.M. & Zimmet, P.Z., 2005. The metabolic syndrome. *Lancet*, 365(9468), pp. 1415–1428.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66378-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66378-7)

PMid:15836891

Elhayany, A., Lustman, A., Abel, R., Attal-Singer, J. & Vinker, S., 2010. A low carbohydrate Mediterranean diet improves cardiovascular risk factors and diabetes control among overweight patients with type 2 diabetes mellitus: a 1-year prospective randomized intervention study. *Diabetes, Obesity & Metabolism*, 12(3), pp. 204–209.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1326.2009.01151.x>

PMid:20151996

Esposito, K., Marfella, R., Ciotola, M., Di Palo, C., Giugliano, F., Giugliano, G., et al., 2004. Effect of a mediterranean-style diet on endothelial dysfunction and markers of vascular inflammation in the metabolic syndrome: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 292(12), pp. 1440–1446.

PMid:15383514

Hlastan Ribič, C., 2010. Zdrava prehrana kot temelj zdravja. In: Hlastan Ribič, C. ed. *Zdrava prehrana in javno zdravje: zbornik prispevkov. Cvahtetovi dnevi javnega zdravja 2010, Ljubljana, oktober 2010*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, pp. 5–26.

Hlastan Ribič, C., Djomba, J.K., Zaletel-Kragelj, L., Maučec Zakotnik, J. & Fras, Z., 2008. *Dejavniki tveganja za nalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 142.

Kahleova, H., Matoulek, M., Malinska, H., Oliarnik, O., Kazdova, L., Neskudla, T., et al., 2011. Vegetarian diet improves

insulin resistance and oxidative stress markers more than conventional diet in subjects with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 28(5), pp. 549–559.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.03209.x>

PMid:21480966; PMCID:PMC3427880

Levine, T.B. & Levine Bradley, A., 2006. *Metabolic syndrome and cardiovascular disease*. Philadelphia: Elsevier Saunders, pp. 302–325.

Lindström, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., et al., 2003. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care*, 26(12), pp. 3230–3236.

PMid:14633807

Matsuzawa, Y., Funahashi, T. & Nakamura, T., 2011. The concept of metabolic syndrome: contribution of visceral fat accumulation and its molecular mechanism. *Journal of Atherosclerosis and Thrombosis*, 18(8), pp. 629–639.

<http://dx.doi.org/10.5551/jat.7922>

PMid:21737960

Mulej, M., 2011. Metabolični sindrom, patofiziologija in vpliv na srčno-žilna obolenja. In: Lužnik Avberšek, I., et al., eds. *Etiologija in patologija debelosti: zbornik prispevkov z recenzijo, 2. simpozij Katedre za temeljne vede, Jesenice, 13. oktober 2011*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 87–91.

Okamoto, Y., Kihara, S., Funahashi, T., Matsuzawa, Y. & Libby, P., 2006. Adiponectin: a key adipocytokine in metabolic syndrome. *Clinical Science*, 110(3), pp. 267–278.

PMid:16464169

Pokorn, D., 2003. *Prehrana v različnih življenjskih obdobjih: prehranska dopolnila v prehrani*. Ljubljana: Marbona, pp. 15, 197, 198.

Practice-based evidence in nutrition: the global resource for nutrition practice, 2013. Canada: Dietitians of Canada. Available at: <http://www.pennutrition.com/index.aspx> [10. 1. 2013].

Raitakari, M., Ilvonen, T., Ahotupa, M., Lehtimäki, T., Harmoinen, A., Suominen, P., et al., 2004. Weight reduction with very-low-caloric diet and endothelial function in overweight adults: role of plasma glucose. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 24(1), pp. 124–128.

PMid:14656740

Referenčne vrednosti za vnos hrani. 1. izd. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, p. 52.

Strategija vlade Republike Slovenije na področju (gibalne) dejavnosti za krepitev zdravja od 2007 do 2012., 2007. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, p. 14.

Tay, J., Brinkworth, G.D., Noakes, M., Keogh, J. & Clifton, P.M., 2008. Metabolic effects of weight loss on a very-

low-carbohydrate diet compared with an isocaloric high-carbohydrate diet in abdominally obese subjects. *Journal of the American College of Cardiology*, 51(1), pp. 59-67.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2007.08.050>

PMid:18174038

Walsh, S.J. & Dauser-Forrest, D., 2009. Correlates of weight loss in persons with metabolic syndrome. *Preventive Medicine*, 49(5), pp. 396-401.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.09.012>

PMid:19761788

Wang, S.S., 2013. Metabolic syndrome. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/165124-overview> [4. 2. 2013].

Zemljič, E., Kšela, U. & Zavratnik, A., 2007. Presnovni sindrom, prediabetes in sladkorna bolezen tip 2. In: Hojs, R., et al., eds. *Zbornik predavanj in praktikum. 18. srečanje internistov in zdravnikov splošne medicine Iz prakse za prakso z mednarodno udeležbo, Maribor, 1. in 2. junij 2007*. Maribor: Univerzitetni klinični center, pp. 229–237.

Citirajte kot/Cite as:

Viler, D., Jakus, D., Viler, K. & Poklar Vatovec T., 2014. Vpliv prehranskih terapij na preprečevanje presnovnega sindroma. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 127–135. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.21>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature Care for people with depression in Slovenia: literature review

Vesna Zupančič, Majda Pahor

Ključne besede: duševno zdravje; skupnostna skrb; zdravstvena nega; sekundarna analiza

Key words: mental health; community care; nursing care; secondary analysis

pred. Vesna Zupančič, dipl. m. s., univ. dipl. soc. ped., mag. vzg. in men. v zdravstvu, Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, Na Loko 2, 8000 Novo mesto
Kontaktiraj e-naslov/
Correspondence e-mail:
vesna.zupancic@guest.arnes.si

red. prof. dr. Majda Pahor, univ. dipl. soc., Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Članek predstavlja rezultate raziskave o obsegu in vrsti objavljenega znanstvenega in strokovnega znanja o skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji. Temeljni namen je bil na podlagi pregleda, analize ter sinteze znanstvenih in strokovnih informacij ugotoviti, ali to znanje omogoča razvoj celostne, integrirane skupnostne skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji.

Metode: Uporabljen je bil pregled literature. Zbiranje znanstvene in strokovne literature je potekalo po vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov (COBIB.SI) v obdobju od januarja do julija 2013. Za analizo je bilo uporabljeno spletno orodje EndNoteWeb. Rezultati pregleda vključujejo število najdenih enot po ključnih besedah ločeno glede na časovno obdobje izida, ocena kakovosti temelji na analizi vključenih znanstvenih raziskav.

Rezultati: Rezultati obsegajo bazo literature znanstvenoraziskovalnega in strokovnega publiciranja v Sloveniji od leta 2000 do 2013 (435 enot) in iz nje izhajajoč zemljevid kategorij pojmovanja skupnostne skrbi za osebe z depresijo. Narejena je bila analiza kakovosti vključenih raziskav z vidika uporabljenih raziskovalnih metod. Pri kvalitativni sintezi so bile uporabljene kode (31) in kategorije (4) kot rezultat pregleda kvalitativne sinteze.

Diskusija in zaključek: Za razvoj skupnostne skrbi za osebe z depresijo je v Sloveniji premalo empiričnih dokazov. Primanjkuje tudi orodij za merjenje in primerjavo stopnje integracije ter celovitosti integriranih storitev skupnostne skrbi na ravni lokalnih skupnosti.

ABSTRACT

Introduction: The article presents the research results of the extent and the nature of published scientific and professional knowledge about the care for people with depression in Slovenia. The main objective is to determine whether this knowledge enables the development of comprehensive, integrated community care for people with depression in Slovenia.

Methods: A review of literature was carried out. Scientific and professional literature was being collected from January to July 2013 by consulting the COBIB.SI union bibliographic/catalogue database and using the EndNoteWeb tool for the analysis. The review results include the number of units found by key words, separated according to the publication time frame. The quality control is based on the analysis of the included scientific research.

Results: The results encompass a database of written scientific-research and professional resources published in Slovenia from 2000 to 2013 (435 units) and the resulting map of categories presenting the concepts of community care for people with depression. A quality analysis of the included research was carried out from the viewpoint of the used research methods. In qualitative synthesis, codes (31) and categories (4) were used as a result of a qualitative synthesis review.

Discussion and conclusion: There is a lack of empirical data for the development of community care for people with depression in Slovenia. There is also a shortage of appropriate tools for measuring and comparing the degree of integration and integrity of integrated care services at the local community level.

Članek je nastal v okviru doktorskega študija na Univerzi v Ljubljani, Fakulteti za družbene vede.

Prejeto/Received: 20. 8. 2013
Sprejeto/Accepted: 2. 5. 2014

<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.22>

Uvod

Depresija je kot motnja v duševnem zdravju osebni in družbeni problem, ker simptomi bolezni drastično posegajo v človekovo življenje in njegovo delovanje v skupnosti. Uvršča se med motnje razpoloženja in čustvovanja s sočasnimi, najmanj štirinajst dni trajajočimi spremembami videza, mišljenja, vedenja, čustvovanja in drugih duševnih funkcij. Ob odlašanju zdravljenja se stopnjujejo negativni odzivi okolja, predvsem družine ali delodajalca, in sekundarne posledice, npr. zanemarjanje otrok, ločitev, izguba dohodka (Dernovšek, et al., 2007). Ob tem, da »vsaka depra« še ni depresija (Južnič Sotlar, 2012), vsaka oseba depresijo doživlja na svoj način.

Življenjska prevalenca depresije je 13 % v odrasli populaciji (World Health Organization, 2008) in se pogosteje pojavlja pri ženskah (17 %) kot pri moških (9 %), pojavi se tudi pri četrtini pacientov s somatskimi težavami (Moussavi, et al., 2007; Rakovec Felser, 2009; Jeriček Klanšček, et al., 2010). Do leta 2020 naj bi depresija dosegla drugo mesto v meritvi količine bremena bolezni iz umrljivosti in obolevnosti (Disability - Adjusted Life Year - DALY) za vse starosti in pri obeh spolih ter se prebila na drugo mesto med najdražjimi boleznimi (World Health Organization, 2012). Države članice Evropske unije zato stanje duševnega zdravja prebivalstva opredeljujejo kot ključni vir za uspeh Evropske unije kot družbe znanja in gospodarstva (Zelena knjiga, 2005; Bajt, 2009; Di Fiandra, 2009). Prizadevanje za duševno zdravje je eden izmed strateških ciljev politike Evropske unije (Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, 2008), vendar države članice sledijo temu cilju na različne načine.

Znanstvene raziskave, povezane z obravnavo oseb z depresijo, so usmerjene na raziskovanje pogojev za zagotavljanje kakovosti življenja (Janardhana & Naidu, 2012) in preseganje geografskih, ekonomskih, socialnih in kulturnih ovir pri dostopu do storitev za duševno zdravje (Zanjani & Rowles, 2012). Posvečajo se tudi problematiki zagotavljanja kontinuirane zdravstvene obravnave v skupnosti s pomočjo interdisciplinarnega timskega pristopa (Lancet Global Mental Health Group, et al., 2007; Dennis, et al., 2012) ter možnostim za preseganje institucionalnih, strokovnih, regulativnih, kompetenčnih ovir in ovir z vidika pristojnosti za posredovanje (Bjerkan, et al., 2011; Suter & Armitage, 2011). Na podlagi ugotovitev raziskav o pojavnosti depresije so namreč pogosta opozorila, da osebe s simptomi motenj v duševnem zdravju, npr. depresije, ne vstopajo (dovolj zgodaj) v obravnavo, predčasno izstopijo iz sistema obravnave (Wittchen & Jacobi, 2005; Kamin, et al., 2009) in se soočajo s stigmatom (Barney, et al., 2009; Švab, 2009; Brown, et al., 2010). Depresija je tudi dejavnik tveganja in najpogostejši vzrok za samomor (Ziherl & Pregelj, 2010).

Z Zakonom o duševnem zdravju (2008) so v Sloveniji na področju skrbi za duševno zdravje

uvedene novosti. Spremenjen konceptualni okvir skrbi za duševno zdravje je pri orientaciji obravnave v življenjski prostor zahteval spremembe načrtovanja dejavnosti, definiranja populacije in njenih potreb, definiranja teoretske, strokovne in družbene utemeljenosti interveniranja, načinov in oblik skrbi, opredelitev nosilcev (realizatorjev) pomoči, njihovega medsebojnega sodelovanja in vključevanja ter pričakovanih učinkov (Kobolt & Rapuš Pavel, 2004; Švab, 2012). Pri uvajanju sprememb v lokalnem okolju je nujno, da le-te izhajajo iz javne politike na področju duševnega zdravja, značilnosti okolja in občutenih potreb, ki jih udeleženi zaznajo pri vsakdanjem življenju (Leskošek & Hrzenjak, 2002). Osnovni element procesa ugotavljanja potreb za prilagajanje ponudbe storitev organizacij in sodelujočih izvajalcev (tudi s področja zdravstvene nege), ki delujejo v prizadevanjih za kakovost življenja oseb z motnjo v duševnem zdravju, je poglobljeno zbiranje podatkov s ciljno usmerjenimi raziskavami in z identifikacijo primerov dobre prakse. Tako pridobljeno na dokazih in izkušnjah temelječe znanje pa se odraža tudi v objavljenih pisnih virih.

Ob tem se zastavlja vprašanje, kakšno je to znanje in ali so prisotne znanstvene informacije o zagotavljanju kakovostne skrbi za osebe z depresijo (za preprečevanje pojavnosti, vključevanje in celovito obravnavo ter učinkovito okrevanje) v Sloveniji. Tematika skupnostne skrbi za duševno zdravje in za osebe z motnjami v duševnem zdravju, posebej za tako pogost zdravstveni problem, kot je depresija, je zaradi osebnih in družbenih posledic motenj v duševnem zdravju znanstveno izjemno relevantna in v tujini pogosto predmet raziskav (Schomerus, et al., 2012). Zato je potrebno ugotoviti, koliko je v slovenskem prostoru sistematičnega znanja in znanstvenih virov o procesih na tem področju.

Zastavljeno izhodiščno raziskovalno vprašanje je bilo, ali objavljeno znanstveno in strokovno znanje o skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji omogoča, usmerja in definira razvoj t. i. integrirane interdisciplinarne skupnostne skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji. Zbiranje in analiza literature je bila tako usmerjena s cilji: ugotoviti, kaj je bilo narejeno; definirati kontekst in razumeti strukturo pojava; oblikovati znanstveno podlago za identificiranje in kritično presojo glavnih uporabljenih metodologij in raziskovalnih tehnik ter omogočiti razvoj morebitne nove perspektive za raziskovalce in predvsem za strokovnjake na področju zdravstvene nege, da se pri vstopanju v skupnostno skrb za osebe z depresijo lahko oprejo na zanesljivo v Sloveniji ustvarjeno znanje.

Metode

Metode pregleda

Za osnovo zbiranja in analize virov je bil izbran pregled literature. Gre za izbor in vsebinsko analizo

dostopnih dokumentov, ki vsebujejo ideje, podatke in znanstvene ugotovitve, s pomočjo katerih je bil pridobljen osnovni vpogled v obravnavani pojav, da bi bili doseženi določeni cilji ali izraženi določeni pogledi na naravo in način preučevanja pojava skupnostne skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji. Skrb za osebe z depresijo je bila proučevana v kontekstu (interdisciplinarne) skrbi za duševno zdravje. Tako je bil pridobljen vpogled v t. i. profil skupnostne skrbi, kot se je izoblikoval v znanstvenih in strokovnih publikacijah različnih z duševnim zdravjem povezanih strok.

Zbiranje znanstvene in strokovne literature po vzajemni bibliografsko-kataložni bazi podatkov (COBIB.SI) je potekalo v obdobju od januarja do julija 2013. COBIB.SI je nacionalna in v tem smislu tudi multidisciplinarna baza podatkov. V izhodiščno bazo so bile (ne glede na tip) vključene enote, ki so bile najdene po izbranih glede na zastavljeno raziskovalno vprašanje relevantnih ključnih besedah s področja duševnega zdravja, psihiatrije in skupnostne skrbi, kot so podrobno predstavljene v Tabeli 1. Z vidika hierarhije dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu je bil cilj v slovenski bazi podatkov zajeti morebitne objave metaanaliz, eksperimentalnih in primerjalnih študij ter drugih opazovalnih temeljnih, razvojnih ali aplikativnih raziskav v slovenskem ali angleškem jeziku. Pri tem je število vseh najdenih enot navedeno ločeno tudi glede na časovno obdobje objave od leta 2000 do 2013 in od leta 2010 do 2013, saj je na tak način

možno sklepati o naraščanju oz. padanju aktualnosti obravnavane problematike ali pogostosti uporabe posameznih pojmov ali besednih zvez. Formiranje, preverjanje in analiza rezultatov oz. bibliografskih zapisov (enot) je potekala s pomočjo spletnega orodja za upravljanje z referencami EndNoteWeb.

Rezultati pregleda

V bazi podatkov COBIB.SI je s pomočjo ključnih besed, predstavljenih v Tabeli 1, najdenih skupno 14.354 enot (bibliografskih zapisov). Od tega je bilo 9.384 enot z letnico izdaje od leta 2000 do 2013, oziroma 2.245 enot z letnico izdaje od leta 2010 do 2013. Zaradi pomenske podobnosti in števila uporabljenih ključnih besed je prihajalo do podvajanja zadetkov, zato seštevek zadetkov ni relevanten pokazatelj dejanske produkcije. K številu najdenih enot so doprinesle tudi ključne besede, ki so nadpomenke obravnavanemu pojavu.

Pri nadaljnjem izboru so bili kot izključevalni kriteriji uporabljeni leto izida, jezik, v katerem je bilo delo napisano, in (ne)ustreznost vira glede na naslov, temo ali tip vira. Izločene so bile enote z letnico izida do leta 2000. Pri tem ni razvrstena pomembnost teh virov, temveč se predpostavlja, da so avtorji novejših del povzeli in nadgradili že obstoječe ugotovitve, predstavljene v starejših pisnih virih na področju skrbi za duševno zdravje oz. skrbi za osebe z depresijo. Izločeni so bili tudi viri, osredotočeni

Tabela 1: Število najdenih enot v COBIB.SI po ključnih besedah

Table 1: Number of search results in COBIB.SI database by keywords

Ključne besede/ Key words	x (y, z)	Ključne besede/ Key words	x (y, z)
skrb	3295 (2138, 507)	psihiatrija	3113 (1426, 310)
duševno zdravje	1915 (1308, 264)	timsko delo	1386 (1130, 309)
depresija	1276 (910, 174)	pomoč na domu	519 (379, 106)
obravnavna v skupnosti	461 (384, 155)	sodelovanje v skupnosti	357 (236, 66)
psihiatrična zdravstvena nega	354 (254, 87)	potrebe ljudi	224 (157, 36)
mentalno zdravje	208 (112, 9)	depresivna motnja	165 (155, 20)
psihosocialna rehabilitacija	163 (83, 8)	celostna obravnava	156 (142, 55)
skupnostna skrb	155 (114, 24)	duševna bolezen	132 (78, 13)
interdisciplinarni pristop	103 (78, 27)	pomoč za kakovost življenja	71 (66, 13)
skrb v skupnosti	68 (47, 19)	preprečevanje samomora	51 (46, 12)
duševni bolnik	38 (17, 1)	medpoklicno sodelovanje	34 (33, 11)
skrb v občini	33 (19, 2)	promocija duševnega zdravja	17 (14, 4)
pomoč v domačem okolju	15 (14, 4)	motnja v duševnem zdravju	13 (13, 0)
pomoč osebam z depresijo	11 (11, 6)	težave v duševnem zdravju	10 (9, 0)
podporna mreža skrbi	6 (6, 2)	preventiva depresije	5 (5, 1)

Legenda/Legend : x – število vseh najdenih enot/the number of units found; y – število najdenih enot z letom izida od 2000 do 2013/the number of units found according to the publication time frame from 2000 to 2013; z – število najdenih enot z letom izida od 2010 do 2013/the number of units found according to the publication time frame from 2010 to 2013

samo na bolnišnično obravnavo, saj skupnostna skrb temelji na povezovanju bolnišničnih in skupnostnih služb. V bazo EndNote so bila zaradi kasnejše potrebe kritičnega ovrednotenja vključene samo enote v slovenščini ali angleščini. V skladu s cilji pregleda sta bila z namenom ožjenja izbora najdenih enot uporabljena metoda kombiniranja različnih izbranih ključnih besed (sopomenk in nadpomenk) in pregled bibliografije ključnih avtorjev.

Po upoštevanju naštetih izločevalnih kriterijev je v bazi EndNote po večkratnem izločanju in dodajanju relevantnih pisnih virov ostalo 451 bibliografskih enot. Ob ročnem preverjanju dostopnosti posamezne enote vsaj v eni od slovenskih knjižnic je bilo iz baze naknadno izločenih še 16 enot.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Uporabljeni pristop pregleda literature je smiseln in potreben za kritično evalvacijo znanja na obravnavanem področju in predstavlja temelj za nadaljnje znanstveno raziskovanje ali na dokazih temelječe praktično delo (Hart, 2001; Pahor & Domajnko, 2005; Coughlan, et al., 2013). Kot navaja Skela Savič (2009), je kvalitativni pristop bližje zdravstveni negi in z vidika hierarhije dokazov dobro izhodišče za nabor raziskovalnih vprašanj. Medicinskim sestram pa pomaga pri dojemljanju problemov, situacij in konceptualizaciji rešitev. Uporabljeni kriteriji za dokončni nabor uporabljenih enot in način obdelave podatkov so v skladu s potekom kvalitativne raziskave in z zastavljenim raziskovalnim vprašanjem. V bazo EndNote so bile vključene enote s predstavitevijo znanstvenih raziskav (23 enot) kot enote s strokovno vsebino (412 enot) z obravnavanega področja. Sledila je vsebinska analiza enot v pripravljeni bazi – obdelava podatkov z uporabo kod in kategorij (odprto kodiranje), na podlagi katere je bil oblikovan zemljevid skupnostne skrbi in sintetiziran nabor zbranih znanstvenih in strokovnih informacij v obliki pripravljenega profila skupnostne skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji. Za preverjanje uspešnosti zajema znanstvenih enot z relevantnimi raziskavami je vzporedno potekalo pregledovanje osebnih bibliografij za obravnavano področje ključnih raziskovalcev. Analiza kakovosti vključenih raziskav je potekala z vidika uporabljenih raziskovalnih metod. Enote s pomanjkljivim opisom in nejasno definiranim raziskovalnim postopkom so bile ovrednotene kot strokovne. Od 23 zajetih enot z vključeno predstavitevijo raziskave (raziskovalnega problema, uporabljenih metod, vzorca/populacije in rezultatov znanstvene raziskave) sta bili zajeti dve metaanalizi, nekaj primerjalnih študij (6 enot), predvsem pa so prevladoval opisne raziskave (15 enot). Prave eksperimentalne študije ali pregleda literature ni bilo zajetega.

Rezultati

Baza relevantne literature za področje skrbi za osebe z depresijo

Baza relevantne literature znanstvenoraziskovalnega in strokovnega publiciranja v Sloveniji od leta 2000 do 2013 obsega 435 enot. Vključuje zbornike, knjige, učna gradiva, priročnike, učbenike, znanstvene, pregledne in strokovne monografije, posamezne članke, raziskovalna poročila, dve knjigi povzetkov, dve specialistični in eno magistrsko nalogo ter dve doktorski disertaciji, od tega je 50 enot v angleščini. Učbeniki in učna gradiva skupnostno skrb vključujejo le v smislu razvijanja določenega disciplinarnega znanja, in ne kot neposreden predmet obravnave. Zborniki, objavljeni na konferencah, srečanjih, posvetih, so vključeni kot samostojne enote; v primerih, ko je bil v COBIB.SI analitično obdelan in vpisan tudi posamezen članek iz zbornika v slovenščini, je le-ta štet in obravnavan ločeno kot samostojna enota. Enako velja za monografije in morebitne v njih objavljene prispevke, ki so bili tudi analitično vključeni v COBIB.SI. Številčno močno področje predstavljajo diplomske naloge, kar približno 65 zadetkov. Izhajajo predvsem iz zdravstvenih, medicinskih, družboslovnih in humanističnih šol ter fakultet. Dosegljivost bibliografskih enot iz COBIB.SI je v večini centralizirana na Ljubljano (Narodna univerzitetna knjižnica) in Maribor (Univerzitetna knjižnica Maribor).

Na podlagi vsebinske analize na različnih ravneh sta bila po okviru odprtega kodiranja oblikovana zemljevid kategorij pojmovanja skupnostne skrbi za osebe z depresijo in ob tem zbir informacij o znanstvenih raziskavah in njihovih ugotovitvah. Narejena je bila analiza kakovosti vključenih raziskav z vidika uporabljenih raziskovalnih metod. Pri kvalitativni sintezi so bile uporabljene kode in kategorije kot rezultat pregleda kvalitativne sinteze (31 kod, 4 kategorije). V procesu obdelave podatkov je bil nato izdelan profil skupnostne skrbi z sistematičnim pregledom potrebnih aktivnosti, ki pogojujejo razvoj skupnostne skrbi za osebe z depresijo z vidika izvajalcev zdravstvene nege.

Zemljevid obravnave skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji

Osnovno vodilo pri oblikovanju zemljevida je bilo identificiranje glavnih tematskih področij (kategorij). Izhodišče predstavlja sam pojav – skrb za osebe z depresijo – ob njem so bila v virih/enotah, ki so vključene v bazo, prepoznana posamezna obravnavana področja, ki sooblikujejo prizadevanja za kakovostno obravnavo ter vplivajo na kakovost življenja oseb z depresijo. V nadaljevanju so v Tabeli 2 predstavljene ugotovitve analize vsebine vseh enot v bazi literature.

Tabela 2: Pregled elementov, področij in kategorij skrbi za osebe z depresijo v lokalni skupnosti

Table 2: An overview of elements, fields and categories of care for people with depression in the local community

Elementi/ Elements	Področja/ Fields	Kategorije/ Categories
KAKOVOST ŽIVLJENJA	- skrb za duševno zdravje	- pojavnost duševnih obolenj, depresije
	- obravnava oseb s težavami v duševnem zdravju	- primeri promocije duševnega zdravja
	- obravnava oseb z depresijo	- prepoznavanje dejavnikov tveganja za depresijo, samomor
	- obravnava v skupnosti	- vpliv okolja, razmer v družbi, socialno-ekonomskih dejavnikov, dednosti in osebnih značilnosti, razlike med spoloma
	- preprečevanje depresije	- osebne izpovedi
		- simptomi motenj v duševnem zdravju, depresije, presejalni testi
		- posebnosti obravnave glede na starost, telesne bolezni, osebna tveganja, dvojne diagnoze/komorbidnost, izgube
		- absentizem, ekonomski vidik
		- pravice, zakon, principi etike v skrbi
		- pojavnost stigme, diskriminacije, socialne izključenosti, vloga medijev
KAKOVOST OBRAVNAVE	- celostna obravnava	- odnos s pacientom, komunikacija
	- integracija	- pogoji sodelovanja, interdisciplinarna obravnava, koordinacija, klinična pot
	- interdisciplinarna obravnava	- medikamentozna, nemedikamentozna podpora, psihosocialna rehabilitacija
		- viri oseb z motnjo v duševnem zdravju, socialna mreža, krepitev moči, različna podpora, delo s svojci
		- pomoč pri osnovnih življenjskih aktivnostih, negovalne diagnoze
		- strategije kakovostne obravnave, celostna obravnava, problem financiranja
		- podporna mreža izvajalcev, integrirana obravnava, skupnostna skrb
		- kakovost izobraževalnih programov
		- raziskovanje, izobraževanje in razvoj
		- delovanje v spletnem okolju

Skrb za osebe z depresijo večinoma ni obravnavana ločeno od sistema skrbi za osebe z motnjo v duševnem zdravju. Preučevanje je uokvirjeno v dveh temeljnih elementih: kakovost življenja in kakovost obravnave. Elementi kakovosti življenja oseb z depresijo in elementi kakovosti njihove obravnave z vidika prizadevanj strokovnjakov v poklicih skrbi se v okviru skupnostne skrbi združijo v enotni koncept. Skupnostna skrb je za osebe z motnjami v duševnem zdravju v Sloveniji sicer predstavljena kot idealni koncept skrbi z normativno podporo, celostno in interdisciplinarno obravnavo ter naj bi bila dosegljiva z uvedbo interdisciplinarnih timov v skupnosti. Ti bi zapolnili vrzeli v delovanju mreže izvajalcev, ki izvajajo programe in storitve za duševno zdravje, in vplivali na

razvoj obravnave v skupnosti, pripomogli k enakosti v možnosti dostopa do obravnave, k izboljševanju kakovosti življenja oseb ob pojavu motenj v duševnem zdravju, k njihovem okrevanju, rehabilitaciji ter k preprečevanju stigmatiziranosti. Problem medsektorskega in medpoklicnega sodelovanja je sicer obravnavan v 27 enotah baze.

Raziskave o pojavnosti depresije (Jeriček Klančček, et al., 2010), ki se izvajajo kot del širših raziskav ali samostojno, potrjujejo, da gre za javnozdravstveni problem. Zaradi gospodarske krize je aktualno navajanje, redkeje dokazovanje, vzročno-posledičnih zvez med pojavnostjo depresije in socialno-ekonomskimi dejavniki, dednostjo, osebnimi značilnostmi in spolom. Prepoznavanje simptomov

motenj v duševnem zdravju, tudi depresije, in s tem pravočasna vključitev v obravnavo je pri preprečevanju sekundarnih posledic poudarjena kot zelo pomembna (Šprah, et al., 2011). V pomoč so različni presejalni testi, ki pa se premalo uporabljajo, in interdisciplinarni timski pristop, ki se le počasi uveljavlja (Agius, et al., 2009; Klemenc-Ketiš, et al., 2009). Vloga oseb z depresijo kot pacientov ali uporabnikov storitev je opredeljena kot središčna. Njihova obravnava se udejanja skozi profesionalni partnerski odnos in je večinoma definirana s primeri dobre prakse in ne na podlagi načrtovanih procesov evalvacije kakovosti obravnave. Pri tem so zelo dragoceni zapisi izpovedi oseb z izkušnjo depresije, saj predstavljajo osnovo za vrednotenje kakovosti obravnave, spoštovanje njihovega dostojanstva in pravic ter prizadevanj za kakovost njihovega življenja (Ažman, 2007).

V pregledanih enotah literature prevladuje enodisciplinarni pogled na obravnavano problematiko. Pogled z vidika različnih disciplin se pojavlja samo v posameznih enotah (zbornikih in učbenikih), še redkeje je predstavljena interdisciplinarna obravnava po bio-psiho-socialnem modelu zdravja. V prizadevanjih za celostno obravnavo oseb z depresijo so sicer obravnavani fizični, psihični, duhovni, socialni in kulturni vidik. Avtorji izhajajo iz različnih poklicnih skupin in predstavljajo pogled s svoje strokovne perspektive in sektorja, kjer delujejo. Nekaj avtorjev pa predstavlja tudi svojo osebno izkušnjo vloge pacienta, uporabnika storitev, svojca, prijatelja, prostovoljca, člana ekspresivnih društev itd. V bazo literature je

sicer vključenih 115 enot, ki so nastale na podlagi soavtorstva vsaj dveh strokovnjakov, kar pa ne pomeni nujno pogleda z vsaj dveh perspektiv. Ločevanje literature bi bilo možno tudi glede na proučevanje družbenega/individualnega, institucionalnega/skupnostnega vidika na strokovni ali znanstveni ravni. Predstavitev integriranega empiričnega znanja (na znanstveni ravni) v prizadevanjih za zagotavljanje celovite integrirane skupnostne skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji v bazi relevantne literature skorajda ni prisotno. Zbir informacij o znanstvenih raziskavah in shematičen pregled ugotovitev na podlagi objav podatkov v znanstvenih monografijah, znanstvenih člankih, v zbornikih s konferenc ali v revijah, v doktorskih disertacijah, magistrskih delih v bazi literature je podan v Tabeli 3.

Profil skupnostne skrbi v Sloveniji

Skupnostna skrb je v Sloveniji definirana kot rezultat dejavnosti podporne mreže, ki temelji na razporeditvi podpornih služb (aktivnosti) v bližini doma osebe z depresijo, ki opravljajo delo na podlagi ocenjenih potreb tako, da se na regionalno opredeljenih območjih povežejo različni viri pomoči. Ključna avtorja v Sloveniji Marušič (2003) in Švab (2004, 2012) jo definirata podobno kot Thornicroft in Tansella (2004), ki sodita med pomembne tuje strokovnjake za skupnostno skrb na področju duševnega zdravja.

Skupnostna skrb ni samo kompleksen teoretični koncept, ampak tudi izjemno pomemben cilj

Tabela 3: Zbir informacij o znanstvenih raziskavah in shematičen pregled ugotovitev

Table 3: Compilation of information on scientific research and schematic overview of the findings

Ključne točke/ Key points	Vsebinska opredelitev/ Content specification
Raziskovalni problem	pojavnost depresije v populaciji, vpliv spola, starosti na pojavnost depresije, proučevanje samomora, ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju, vpliv ljudi s težavami v duševnem zdravju na delovanje skupnostnih služb, skupnostna podpora za ljudi z dolgotrajnimi duševnimi stiskami, stigma, medijske podobe duševnega zdravja in njihovi učinki na družbene prakse, podpora integraciji v izobraževanju diplomiranih medicinskih sester, primerjava dostopnosti in dejavnosti služb
Uporabljene metode	uporaba različnih raziskovalnih metod (s pripadajočimi instrumenti) in njihovo kombiniranje (anketiranje, fokusna skupina, intervjuvanje, analiza vsebine znanstvenih člankov, analiza baz statističnih podatkov in njihovo primerjanje, npr. primerjava ocen prevalence in skupnega števila primerov posamezne duševne motnje, prilagojena metodologija indeksa boljšega življenja)
Vzorec/populacija	reprezentativno (vzorec polnoletnih prebivalcev Slovenije), priložnostno in kvotno vzorčenje, študija primera, primerjava npr. dveh modelov neposrednega financiranja in obravnave v skupnosti (statistične regije v Sloveniji), baze podatkov, enote literature
Rezultati	pojav depresije je trikrat pogostejši pri ženskah kot pri moških, geriatrična lestvica depresivnosti je primerna za prepoznavanje depresije in preprečevanje samomora pri starejših, osebe s simptomi depresije ne vstopajo v obravnavo, predčasno izstopijo iz sistema obravnave in se soočajo s stigo, med regijami je prisotna razlika v tveganjih za pojav motenj v duševnem zdravju, podpora integraciji skozi izobraževalni sistem še ni zadostna, med izvajalci v mreži storitev še ni zadostnega sodelovanja, potreben je razmislek o obstoječem sistemu financiranja storitev in morebitni uvedbi individualnih paketov storitev na področju psihosocialne rehabilitacije, o promociji duševnega zdravja ter protistigmatizacijskem delovanju s pomočjo medijev

integracije strategij skrbi. Pojem »integracija« se uporablja vse pogostejše v smislu poti za doseg integrirane oskrbe, ki je organizirana oblika pomoči uporabniku. Obsega zdravstveno in socialno oskrbo ne glede na mesto bivanja. Zagotavlja izboljšanje izvajanja storitev z namenom večje kakovosti in učinkovitosti ter zadovoljstva pacienta kot uporabnika storitev. Vključuje stalno spodbujanje k dobri koordinaciji, sodelovanju in iskanju skupnih rešitev ter k partnerstvu med uporabniki in izvajalci (Paternelj, et al., 2006). Pri tem sledenje na dokazih temelječih ugotovitev v tujini usmerjajo predvsem avtorji Kodner in Kyriacou (2000) ter Suter s sodelavci (2009).

V Sloveniji je skupnostna skrb za osebe z depresijo rezultat delovanja podporne mreže za duševno zdravje, ki omogoča nepretrgano promocijo in krepitev duševnega zdravja, diagnostiko, zdravstveno obravnavo, zdravstveno nego, nastanitve, zaposlitev ter socialno podporo in vključitev. Formalno mrežo tako tvorijo izvajalci psihiatričnega zdravljenja, socialnovarstvenih

programov in storitev, nadzorovane obravnave ter obravnave v skupnosti. Vpliv na osebo z depresijo imajo tudi svojci, prijatelji, sosedje (neformalna opora), ki se vključujejo v formalno podporno mrežo (Švab, 2012). V znanstveni raziskavi o organiziranosti in delovanju javne zdravstvene službe in nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja v Sloveniji (Jeriček Klanšček, et al., 2009) so poleg ugotovitev o ozemelsko neenakomerni pokritosti s psihiatričnimi službami in razporejenosti zdravstvenih delavcev v mreži ter posledično različni dostopnosti opozorili na pomanjkljivo sodelovanje med vladnimi in nevladnimi ustanovami. Temu pritrjujejo tudi koordinatorji obravnave v skupnosti, ki delujejo po ZDZdr (Zakon o duševnem zdravju, 2008) na centrih za socialno delo in se pri uresničevanju ciljev oseb z motnjami v duševnem zdravju srečujejo s pomanjkanjem finančnih sredstev za zagotavljanje plačljivih storitev in s slabo razvito mrežo izvajalcev (Udovič, 2011). Pri tem se uvajanje timov skupnostne psihiatrične obravnave tam,

Tabela 4: Razvoj skupnostne skrbi za osebe z depresijo – vidik zdravstvene nege

Table 4: Development of community care for people with depression - nursing care aspect

Celostna obravnava/ Holistic care	Individualno delovanje/ Individual functioning	Sodelovanje/ Cooperation
ZNANJE	- standardi kakovosti obravnave v zdravstveni negi, klinične poti - koncepti kakovosti življenja in kazalci kakovosti življenja - potrebe posameznika v sodobnem času individualne vrednote, razvojne naloge posameznika in družbene norme v skupnosti - kazalci življenjskih pogojev, življenjski standard, stil življenja, - individualno tveganje in priložnosti za duševno zdravje/bolezen in kakovost življenja (ranljive/marginalne družbene skupine, hendikep in stigma) - strategije obvladovanja tveganja, samoučinkovitost - socialna opora (socialno vključevanje) - poznavanje predpisov na normativni ravni - poznavanje pomena raziskovanja	- sistem družbene blaginje - kompetence sodelujočih v skupnostni skrbi - etika in zakonodaja - vloga neprofitnih organizacij v podporni mreži (javnih organizacij in zasebnih nevladnih organizacij) - vloga profitnih organizacij - vloga neformalne podporne mreže - koncepti timskega dela in medpoklicnega sodelovanja, komuniciranja - metode reševanja etičnih dilem in konfliktnih situacij - informacijska podpora - sodelovanje v procesu pridobivanja znanstvenih spoznanj
INFORMIRANOST	- značilnosti lokalnih skupnosti - akterji v lokalnih skupnostih in njihove aktivnosti ter kompetence - pravice in dolžnosti pacientov - prisotnost stereotipiziranih ravnanj - specifične značilnosti motnje v duševnem zdravju - depresije - spremljanje statističnih kazalnikov	- poznavanje primerov dobre prakse - poznavanje kontaktnih podatkov ključnih oseb v lokalni skupnosti in širše ter možnosti za pridobivanje informacij - razumevanje pomena korektnega medsebojnega informiranja
ODZIVNOST	- sistematično prepoznavanje potreb pacientov in ugotavljanje vzročno-posledičnih zvez za zagotavljanje kakovosti obravnave - skupno definiranje ciljev in vloge izvajalca zdravstvene nege - načrtovanje, izvajanje, vrednotenje izvedenih aktivnosti - fleksibilnost v izvajanju - krepitev moči, odgovornosti osebe - odzivanje na potrebe lokalne skupnosti	- prepoznavanje vstopnih točk v sistem skrbi - povezovanje izvajalcev v podporno mrežo - vzpostavljanje odnosov - skupno načrtovanje storitev preko interdisciplinarnih timov ali ključne osebe ter definiranje odgovornosti - podpora menedžmenta - sodelovanje pri pripravi izvedbenih načrtov promocije duševnega zdravja

kjer je pokritost in dostopnost psihiatrične pomoči najslabša, šele začenja (ŠENT, 2013). Sicer npr. na nivoju bolnišnične obravnave potekajo redna mesečna srečanja interdisciplinarne skupine strokovnjakov, ki kot navaja Marinič (2012), sodelujejo v obravnavi pred, med in po hospitalizaciji z namenom izpostaviti problem v zvezi z uresničevanjem človekovih pravic ob zdravstveni obravnavi oseb v nujnih stanjih, pred sprejemom in po odpustu iz bolnišnice ter poiskati najboljše možne načine skupnega delovanja.

V soorganizaciji Državnega sveta Republike Slovenije, MHE (angl. Mental Health Europe – pomembna evropska nevladna organizacija na področju duševnega zdravja) in ŠENT-a (Slovensko združenje za duševno zdravje) je bila tudi že ustanovljena nacionalna platforma, znotraj katere sodelujejo posamezni akterji v spodbujanju duševnega zdravja in dobrega počutja. V regijah, kjer deluje manj psihiatrov in ni psihiatrične bolnišnice, pa so v okviru zdravstvenih domov pričeli delovati tudi prvi štirje psihiatrični timi (ŠENT, 2013). Prizadevanja za razvoj skupnostne skrbi so v Sloveniji vsekakor prisotna, vendar je v pisnih virih prepoznan obstoj partikularnih videnj in teženj znotraj discipliniranih obravnav, pomanjkanje informiranosti ter ažurnih na znanstvenih dokazih temelječih ugotovitev.

V Tabeli 4 so na osnovi pregleda znanstvene in strokovne literature predstavljene potrebne aktivnosti, ki pogojujejo razvoj skupnostne skrbi za osebe z depresijo z vidika izvajalcev zdravstvene nege.

Diskusija

Na zastavljeno raziskovalno vprašanje, ali objavljeno strokovno in znanstveno znanje o skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji omogoča razvoj integrirane interdisciplinarne skupnostne skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji, ni mogoče odgovoriti pritrnilno. Zemljevid, oblikovan na podlagi pregleda literature, ponuja vpogled v podobo skupnostne skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji, kot so jo ustvarile znanstvene in strokovne objave v Sloveniji po letu 2000. Glede na proučeno literaturo je mogoče reči, da je za razvoj skupnostne skrbi za osebe z depresijo v Sloveniji premalo empiričnih dokazov. Raziskave oz. obravnave so parcialne in večinoma z vidika posamezne discipline, interdisciplinarne raziskave so bolj izjema. Primanjkuje orodij za merjenje in primerjavo stopnje integracije in celovitosti integriranih storitev skrbi na nivoju lokalnih skupnosti ali držav.

Glede na letnice objave pisnih virov je mogoče sklepati, da prizadevanja za skupnostno skrb na področju duševnega zdravja nikakor niso novost, se pa v zadnjih letih intenziteta povečuje predvsem na področju celovite obravnave in obravnave v skupnosti, vendar ima primerjava na tak način omejeno vrednost. V okviru Evropskega foruma za primarno zdravstveno varstvo (The European Forum for Primary Care, 2013)

ugotavljajo, da je proces integracije sicer dolgoročen, potreben pa je začetni finančni vložek, zato se lahko v obdobju gospodarske krize pojavlja med oblikovalci politik odpor do zaveze integraciji in skupnostni skrbi, kar se seveda lahko odraža tudi v številu objav v Sloveniji. Sicer se je potrebno zavedati omejitve izvedene raziskave, saj s pregledom omenjene baze literature niso bile dosežene vse obstoječe znanstvene in strokovne informacije o obravnavanem področju (npr. poročila projektov na področju duševnega zdravja).

Ugotovitev izvedene raziskave ni mogoče posploševati na dejansko znanje npr. izvajalcev zdravstvene nege za izvajanje skupnostne skrbi, čeprav je primanjkljaj znanja za izvajanje skupnostne skrbi dokazan (Zupančič & Filej, 2013). Sedanje objavljeno znanje v Sloveniji namreč strokovnjaku s področja zdravstvene nege ne daje dovolj dobre opore, da vstopi v skupnostno skrb za osebe z depresijo, temveč se mora soočati z disciplinarnimi in sektorskimi mejami ter pomanjkanjem znanstvenih informacij v slovenskem jeziku. Za učinkovito delovanje v skupnostni skrbi izvajalci zdravstvene nege potrebujejo predvsem znanje, prizadevati si morajo za lastno informiranost in informiranost subjektov njihovega dela o pravicah, odgovornostih in možnostih pomoči ter se odzvati na potrebe pacientov tako pri individualnem kot sodelovalnem delovanju v skupnostni ali institucionalni obravnavi.

Konceptualni kompas, znotraj katerega je pojasnjen koncept skrbi za osebe z depresijo, je lahko v pomoč pri proučevanju relevantnosti podpore za razvoj skupnostne skrbi v formalnem izobraževanju za poklice skrbi in pri vseživljenjskem učenju tudi na področju zdravstvene nege. V tujini se integracija storitev na področju duševnega zdravja uresničuje predvsem na primarni ravni zdravstvenega varstva, vendar pa je potrebno krepiti podporo razvoju skupnostne skrbi tudi s pomočjo različnih strokovnjakov in upravnih subjektov na vodilnih položajih vseh ravni (World Health Organization, 2008) in tudi preko izobraževalnega sistema.

Zaključek

Oblikovan je bil tematski zemljevid skrbi za osebe z motnjo v duševnem zdravju z depresijo v skupnosti, kot ga je mogoče izluščiti iz znanstvenega in strokovnega publiciranja v Sloveniji po letu 2000. Sporoča ugotovitve, da mora celostna obravnava oseb z depresijo temeljiti na uravnoteženem prizadevanju za kakovost življenja in kakovost obravnave ter izhajati iz znanstvenih dognanj, sočasno pa določa tudi t. i. profil skupnostne skrbi, ki lahko nudi oporo pri nadaljnjih raziskavah v prizadevanju za razvoj skupnostne skrbi v okviru lokalnih skupnosti in pri integraciji vsebin v izobraževalni proces za poklice skrbi. Skupnostna skrb za osebe z depresijo ni samo produkt usklajenega timskega dela strokovnjakov različnih disciplin, ki

duševno zdravje pojmujejo v presečišču psihične, fizične, socialne in hkrati tudi doživete ravni, temveč se udejanja tudi v lastni odgovornosti za duševno zdravje in v prizadevanjih za medsebojno solidarnost in medgeneracijsko povezanost. Po številu in vsebini objav sodeč se sicer prizadevanja za razvoj kakovostnega sistema skupnostne skrbi za duševno zdravje in za osebe, ki se že soočajo in se še bodo soočale z motnjo v duševnem zdravju, stopnjujejo, in sicer tudi s strani izvajalcev zdravstvene nege. Ugotovitve raziskave so opozorilo, da se obstoječi pristop za razvoj integracije in skupnostne skrbi za osebe z depresijo lahko še izboljša s ciljno načrtovanim znanstvenim raziskovanjem in uporabo raziskovalnih ugotovitev v praksi.

Literatura

- Agius, M., Bulič Vidnjevič, I., Jerič, A., Furlan, M., Žajdela, B. & Švab, V., 2009. The development of community treatment in Slovenia - first outcomes. *Psychiatria Danubina*, 21(1), pp. 78–80. Available at: <http://hrcak.srce.hr/49512> [13. 12. 2013]. PMID:19953744
- Ažman, R., 2007. *Depra*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Bajt, M., 2009. Duševno zdravje prebivalcev EU. In: Jeriček Klanšček, H., et al., eds. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 3–19.
- Barney, L.J., Griffiths, K.M., Christensen, H. & Jorm, A.F., 2009. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BioMed Central Public Health*, 9, p. 61. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-61> PMID:19228435; PMCID:PMC2654888
- Bjerkan, J., Richter, M., Grimsø, A., Hellesø, R. & Brender, J., 2011. Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*, 11, p. e001. PMID:21637705; PMCID:PMC3107091
- Brown, C., Conner, K.O., Copeland, V.C., Grote, N., Beach, S., Battista, D., et al., 2010. Depression stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes. *Journal of Community Psychology*, 38(3), pp. 350–368. <http://dx.doi.org/10.1002/jcop.20368>
- Coughlan, M.C., Cronin, P. & Ryan, F., 2013. *Doing a literature review in nursing, health and social care*. London: Sage, p. 7.
- Dennis, M., Kadri, A. & Coffey, J., 2012. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age and Ageing*, 41(2), pp. 148–154. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afr169>
- Dernovšek, M.Z., Gorenc, M., Jeriček, H. & Tavčar, R., 2007. *Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 6, 33.
- Di Fiandra, T., 2009. European strategies for mental health. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 45(1), pp. 54–58. PMID:19567979
- Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje*, 2008. Available at: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_sl.pdf [28. 7. 2013].
- Hart, C., 2001. *Doing a literature review: releasing the social science research imagination*. London: Sage, p. 13.
- Janardhana, N. & Naidu, D.M., 2012. Inclusion of people with mental illness in community based rehabilitation: need of the day. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 16(1), pp. 117–124. Available at: http://www.psychosocial.com/IJPR_16/Inclusion_of_People_Janardhana.html [13. 1. 2013].
- Jeriček Klanšček, H., Gabrijelčič Blenkuš, M. & Zorko, M., 2009. Sklepne ugotovitve. In: Jeriček Klanšček, H., et al., eds. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 100–105.
- Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Roškar, S., Bajt, M. & Kamin, T., 2010. Nekatere značilnosti duševnega zdravja prebivalcev Slovenije. *Zdravniški vestnik*, 79(7/8), pp. 523–530.
- Južnič Sotlar, M., 2011. Vsaka »depra« še ni depresija. *Viva – portal za zdravo življenje*. Available at: <http://www.viva.si/Psihiatrija/6518/Vsaka-depra-%C5%A1e-ni-depresija> [23. 5. 2013].
- Kamin, T., Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. & Dernovšek, M.Z., 2009. *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, p. 44, 115.
- Klemenc-Ketiš, Z., Kersnik, J. & Tratnik, E., 2009. The presence of anxiety and depression in the adult population of family practice patients with chronic diseases. *Zdravstveno varstvo*, 48(4), pp. 170–176.
- Kobolt, A. & Rapuš Pavel, A., 2004. Multiperspektivni in interdisciplinarni pristop v načrtovanju pomoči. In: Švab, V., ed. *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje, pp. 50–53.
- Kodner, D.L. & Kyriacou, C.K., 2000. Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1, p. e08. PMID:16902699; PMCID:PMC1533997
- Lancet Global Mental Health Group, Chisholm, D., Flisher, A.J., Lund, C., Patel, V., Saxena, S., et al., 2007. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*, 370(9594), pp. 1241–1252.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61242-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61242-2)
PMid:17804059

Leskošek, V. & Hrženjak, H., 2002. *Spremenjene vloge nevladnih organizacij*. Ljubljana: Mirovni inštitut, Inštitut za sodobne družbene in politične študije, pp. 31-32. Available at: http://www2.arnes.si/~ljmiri1s/slo_html/publikacije/pdf/MI_spremenjena_vloga_nevlad_org.pdf [11. 7. 2013].

Marinič, M., 2012. Multidisciplinarna obravnava osebe s težavami v duševnem zdravju. In: Marinič, M., ed. *Duševno zdravje in skupnost 2012: aktualne dileme pri izvajanju zakona o duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika, pp. 9-13.

Marušič, A., 2003. Meje med institucionalno in skupnostno psihiatrijo. In: Romih, J. & Žmitek, A., eds. *Meje psihiatrije*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, pp. 45-50.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. & Ustun, B., 2007. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590), pp. 851-858.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)
PMid:17826170

Pahor, M. & Domajnko, B., 2005. Celostna obravnava zdravja starejših ljudi: pregled literature v Sloveniji 1994 - junij 2004. *Kakovostna starost*, 8(1), pp. 20-30.

Peternelj, A., Ceglar, J., Dominkuš, D., Horvat, M., Milavec Kapun, M., Stepanovič, A., et al., 2006. *Strokovne in organizacijske podlage za vpeljavo integrirane prehodne in dolgotrajne oskrbe v Republiki Sloveniji: osnutek predloga za razpravo*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, p. 31.

Rakovec Felser, Z., 2009. *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja: razumeti in biti razumljen*. Maribor: Založba Pivec, p. 179.

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P.W., Grabe, H.J., Carta, M.G., et al., 2012. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), pp. 440-452.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>
PMid:22242976

Skela Savič, B., 2009. Vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. In: Majcen Dvorek, S. et al., eds. *Medicinske sestre in babice- znanje je naša moč*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 311D.

Suter, E. & Armitage, G.D., 2011. Use of a knowledge synthesis by decision makers and planners to facilitate system level integration in a large Canadian provincial health authority. *International Journal of Integrated Care*, 11, p. e011.
PMid:21637708; PMCID:PMC3107086

Suter, E., Oelke, N.D., Adair, C.E. & Armitage, G.D., 2009. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly*, 13 Spec No, pp. 16-23.
<http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2009.21092>
PMid:20057244; PMCID:PMC3004930

ŠENT, Slovensko združenje za duševno zdravje, 2013. Available at: http://www.sent.si/index.php?m_id=novice&n_id=109 [10. 3. 2013].

Šprah, L., Novak, T. & Dernovšek, M.Z., 2011. Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: elaborat. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, pp. 63, 65. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_2013/Raziskava.Ocena_tveganj_za_razvoj_tezav_v_dusevnem_zdravju_prebivalcev_RS.2011.pdf [28. 12. 2013].

Švab, V., 2004. Raziskave na področju PSR. In: Švab, V., ed. *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje, pp. 25-31.

Švab, V., 2009. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje, pp. 19-67.

Švab, V., 2012. *Skupnostna psihiatrija*. 2012, p. 4. Available at: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf [2. 7. 2013].

The European Forum for Primary Care. EFPC Conference Istanbul, 9-10 September 2013. Available at: <http://www.euprimarycare.org/istanbul/efpc-conference-istanbul-9-10-september-2013-0> [23. 5. 2013].

Thornicroft, G. & Tansella, M., 2004. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 185, pp. 283-290. Erratum in: *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185, p. 440.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.185.4.283>
PMid:15458987

Udovič, N., 2011. Koordinacija obravnave v skupnosti oseb s težavami v duševnem zdravju. In: Bregar, B. & Peterka, N.J., eds. *Skupnostna psihiatrična obravnava: zbornik z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 11–16.

Wittchen, H.U. & Jacobi, F., 2005. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), pp. 357-376.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
PMid:15961293

World Health Organization. *Ten highlights in health statistics: part 1*, 2008. Available at: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS08_Part1.pdf [3. 5. 2013].

World Health Organization. *Mental health*, 2012. Available at: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/ [12. 6. 2013].

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77.

Zanjani, F. & Rowles, G.D., 2012. 'We don't want to talk about that': overcoming barriers to rural aging research and interventions on sensitive topics. *Journal of Rural Studies*, 28(4), pp. 398-405.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jrurstud.2012.03.005>

Zelena knjiga. Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva. Pot k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo, 2005. Bruselj: Komisija Evropskih Skupnosti, p. 4. Available

at: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_sl.pdf [3. 7. 2013].

Ziherl, S. & Pregelj, P., 2010. Samomorilnost v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 79(7/8), pp. 559–562. Available at: http://www.sz.d.si/user_files/vsebina/Zdravniški_Vestnik/2010/julij-avgust/559-62.pdf [3. 1. 2013].

Zupančič, V. & Filej, B., 2013. Koncept skupnostne skrbi iz perspektive znanja študentov. In: Železnik, D., et al., eds. *Sedanost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb: zbornik predavanj z recenzijo. 3. znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo s področja zdravstvenih ved*, 17. september 2013. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede, pp. 66-75.

Citirajte kot/Cite as:

Zupančič, V. & Pahor, M., 2014. Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 136–146. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.2.22>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna načela

Članek naj bo pisan v slovenskem ali angleškem knjižnem jeziku, razumljivo in jedrnat, dolg naj bo največ 5.000 besed. Število besed se nanaša na besedilo članka in ne vključuje naslova, izvlečka, tabel, slik in seznama literature. Avtorji naj uporabijo MS-Wordovo predlogo, ki je dostopna na spletni strani uredništva. Vsi članki, ki so uvrščeni v uredniški postopek, so recenzirani s tremi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja le izvirna, še neobjavljena znanstvena in strokovna dela. Za trditve v članku odgovarja avtor oziroma avtorji, če jih je več (v nadaljevanju avtor), zato mora le-ta biti podpisan s celotnim imenom in priimkom, treba je navesti strokovne naslove in akademske nazive avtorja. Avtor mora pri oddaji članka dosledno upoštevati navodila glede standardizirane znanstvene opreme, videza in tipologije dokumentov. Članku mora priložiti izjavo o avtorstvu na obrazcu, ki je dostopen na spletni strani Obzornika zdravstvene nege. Izjavo morajo lastnoročno podpisati avtor in vsi soavtorji v zaporedju, kot so navedeni v članku. Članek se ne uvrsti v uredniški postopek, dokler pravilno podpisana izjava ne prispe v uredništvo. Uredništvu je treba, v obliki spremnega dopisa, sporočiti odgovornega (kontaktnega) avtorja (njegov celotni naslov, telefonsko številko in e-naslov), ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom. Članek bo uvrščen v nadaljnjo obravnavo, ko bo pripravljen v skladu z navodili uredništva.

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

Naslov članka, izvleček, ključne besede, tabele (opisni naslov in legenda) ter slike (opisni naslov in legenda) morajo biti v slovenščini in angleščini. Kadar je članek napisan v angleščini, morajo biti naslov, izvleček in ključne besede objavljeni v slovenščini. Skupno število slik in tabel naj bo največ pet. Tabele in slike naj bodo v besedilu članka na ustreznem mestu. Na vsako tabelo in sliko se mora avtor v besedilu sklicevati. Uporaba sprotnih opomb pod črto ni dovoljena.

Opredelitev tipologije

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

Metodološka struktura članka

Naslov, izvleček in ključne besede naj bodo v slovenščini in angleščini. Naslov naj bo skladen z vsebino članka in dolg največ 120 znakov. Oblikovan naj bo tako, da je iz njega razviden uporabljen raziskovalni dizajn. Navedenih naj bo od tri do šest ključnih besed, ločenih s podpičjem, ki natančneje opredeljujejo vsebino članka in ne nastopajo v naslovu. Izvleček naj bo strukturiran, vsebuje naj 150–200 besed. Napisan naj bo v tretji osebi. V izvlečku se ne citira.

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

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

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

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

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

Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

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

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

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

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

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

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

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

Diskusija: V diskusiji ugotovitve raziskave navajamo na besedni način (številčnih rezultatov ne navajamo). Nizamo jih po posameznih spremenljivkah in z vidika

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

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

Za zaključkom sledijo navedbe:

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

V kategorijo preglednih znanstvenih raziskav sodijo: pregled literature, analiza koncepta, razpravi 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 povzemati, analizirati, evalvirati ali sintetizirati informacije, ki so že bile publicirane. Znanstvena spoznanja niso le navedena, ampak tudi razložena, interpretirana, analizirana, kritično ovrednotena in predstavljena na znanstvenoraziskovalen način. Na osnovi kvantitativne obdelave podatkov predhodnih raziskav (metaanaliza) ali kvalitativne sinteze (metasinteza) rezultatov predhodnih raziskav prinaša nova spoznanja in koncepte za nadaljnje raziskovalno delo. Struktura preglednega znanstvenega članka je enaka kot pri izvirnem znanstvenem članku.

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

V **metodah** natančno opišemo uporabljen raziskovalni dizajn pregleda literature. Podpoglavja metod so: *metode pregleda, rezultati pregleda, ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov*.

Metode pregleda vključujejo razvoj, testiranje in izbor iskalne strategije, vključitvene in izključitvene kriterije za uvrstitev v pregled, raziskane podatkovne baze, časovno obdobje objav, vrste objav z vidika hierarhije dokazov, ključne besede, jezik.

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

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

Rezultate prikažemo tako, da uporabimo diagram poteka raziskave skozi faze pregleda, pri izdelavi si lahko pomagamo z mednarodnimi standardi za prikaz rezultatov pregleda literature (primer PRISMA for systematic review). Naredimo analizo kakovosti vključenih raziskav z vidika uporabljenih raziskovalnih metod. Jasno naj bo razvidno, katere vrste raziskav glede na hierarhijo dokazov so vključene v pregled literature. Rezultate prikažemo besedno, v tabelah in slikah, navedemo ključna spoznanja glede na raziskovalni dizajn. Pri kvalitativni sintezi uporabimo kode in kategorije kot rezultat pregleda kvalitativne sinteze. Pri kvantitativni analizi opišemo uporabljene statistične metode obdelave podatkov iz vključenih znanstvenih del.

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

V **zaključku** poudarimo doprinos izvedenega pregleda, opozorimo na mrebiten prepad v znanju in razumevanju, izpostavimo pomen bodočih raziskav, uporabnost pridobljenih spoznanj in priporočila za prakso/raziskovanje/izobraževanje/menedžment, pri čemer upoštevamo omejitve raziskave. Izpostavimo teoretični koncept, ki bi lahko usmerjal raziskovalce v prihodnosti.

Struktura strokovnega članka (1.04)

Strokovni članek je predstavitev že znanega, s poudarkom na uporabnosti rezultatov izvirnih raziskav

in širjenju znanja. Struktura strokovnega članka je enaka strukturi izvirnega znanstvenega članka, v kolikor gre za pregled literature pa strukturi preglednega znanstvenega članka. V njem predstavljamo raziskave, ki obogatijo že obstoječe vedenje o strokovnem problemu, pri čemer pa nismo usmerjeni v podajanje novega znanja in znanstvenih dokazov, temveč v uporabnost rezultatov za izboljšave v strokovnem delu.

Literatura

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo, koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo *harvardski sistem* (Anglia 2008) za navajanje avtorjev v besedilu in seznamu literature na koncu članka. Za navajanje avtorjev v **besedilu** uporabljamo npr.: (Pahor, 2006) ali Pahor (2006), kadar priimek vključimo v poved. Če sta avtorja dva, priimeka ločimo z »&«: (Stare & Pahor, 2010). V besedilu navajamo *do dva avtorja*: (Rhodes & Pearson, 2006). Če je avtorjev več navedemo le prvega in dopišemo et al. (Chen, et al., 2007). Če navajamo več citiranih del, jih ločimo s podpičji in jih navedemo kronološko v zaporedju od najstarejšega do najnovejšega, če je med njimi v istem letu več citiranih del, jih razvrstimo po abecednem vrstnem redu (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014). Kadar citiramo več del istega avtorja, izdanih v istem letu, je treba za letnico dodati malo črko po abecednem redu: (Baker, 2002a, 2002b).

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

V **seznamu literature** na koncu članka navedemo avtorje po abecednem redu in *vsa v besedilu citirana ali povzeta dela* (in samo ta!). Citiranje in povzemanje v besedilu ter navajanje v seznamu na koncu članka morajo biti skladni! Sklicujemo se le na objavljena dela. Kadar je avtorjev več in smo v besedilu navedli le prvega ter dodali et al., v seznamu navedemo prvih šest avtorjev in dodamo et al., če je avtorjev več kot šest. V seznamu literature si bibliografski opisi sledijo v abecednem zaporedju, velikost črk 12, z enojnim razmikom, levo poravnano ter 12 pik prostora za referencami (paragraph spacing).

Citirane strani navajamo pri citiranju v besedilu, če dobesedno navajamo citirano besedilo (Ploč, 2013, p. 56) ter v seznamu literature za članke, prispevke na konferencah ...). Če citiramo več strani iz istega dela, strani navajamo ločene z vejico (npr. pp. 15–23,

29, 33, 84–86). Če je citirani prispevek dostopen na spletu, na koncu bibliografskega zapisa navedemo »Available at:« ter zapišemo URL- ali URN-naslov ter v oglatem oklepaju dodamo datum dostopa [glej primere].

Primeri za citiranje literature v seznamu

Knjige:

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

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

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

Knjige, ki jih je uredil eden ali več urednikov:

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

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

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

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

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

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

Anonimno delo (avtor ni naveden):

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

Delo korporativnega avtorja:

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

Članki iz revij:

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

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

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

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

Članki iz suplementa revije in suplementa številke revije:

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

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

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

Prispevki iz zbornika referatov:

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

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

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

Diplomska, magistrska dela in doktorske disertacije:

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

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

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

Zakoni, kodeksi, pravilniki:

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

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

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

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

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

Zgoščenke (CD-ROMi):

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

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

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

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

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

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

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

Tabele naj bodo označene z arabskimi zaporednimi številkami. Imeti morajo vsaj dva stolpca ter opisni naslov (*nad tabelo*), naslovno vrstico, morebitni zbirni stolpec in zbirno vrstico in legendo uporabljenih znakov. Opisni naslov, ter legenda morata biti v slovenščini in angleščini. V tabeli morajo biti izpolnjena vsa polja, obsegajo lahko največ 57 vrstic. Za njihovo oblikovanje naj velja naslednje: velikost črk 11, enojni razmik, pred in za vrstico 0,5 točke prostora, v prvem stolpcu in vseh stolpcih z besedilom leva poravnava, v stolpcih s statističnimi podatki sredinska poravnava, vmesne pokončne črte pri prikazu neizpisane. Opisni naslovi in legende razpredelnic naj bodo v slovenščini in angleščini.

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

Članki niso honorirani. Besedil in slikovnega gradiva ne vračamo, kontaktni avtor prejme objavljeni članek v formatu PDF.

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

Članek mora biti pripravljen v skladu z navodili, to je pogoj, da se članek uvrsti v uredniški postopek. Če uredništvo presodi, da članek izpolnjuje kriterije za objavo v Obzorniku zdravstvene nege, bo poslan v zunanjo strokovno (anonimno) recenzijo. Recenzenti prejmejo besedilo članka brez avtorjevih osebnih podatkov, članek pregledajo glede na postavljene kazalnike in predlagajo izboljšave. Avtor je dolžan izboljšave pregledati in jih v največji meri upoštevati. V kolikor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora to pisno pojasniti. Po zaključenem recenzijem postopku uredništvo članek vrne avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in pripravi čistopis. Čistopis uredništvo pošlje v jezikovni pregled.

Prvi natis avtor prejme v korekturo s prošnjo, da na njem označi vse morebitne tiskovne napake, ki jih označi v PDF-ju prvega natisa. Spreminjanje besedila v tej fazi ni sprejemljivo. Korektura je treba vrniti v treh dneh, sicer uredništvo meni, da se avtor s prvim natisom strinja.

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

Recenzentovo delo je odgovorno in zahtevno. S svojimi predlogi in ocenami recenzenti prispevajo k večji kakovosti člankov, objavljenih v Obzorniku zdravstvene nege. Od recenzenta, ki ga uredništvo neodvisno izbere, se pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja na obrazcu in ugotovil, ali so trditve in mnenja, zapisani v članku, verodostojni in ali je avtor upošteval navodila za objavlanje. Recenzent mora poleg znanstvenosti, strokovnosti in primernosti vsebine za objavo v Obzorniku zdravstvene nege članek oceniti metodološko ter uredništvo opozoriti na

pomanjkljivosti. Ni potrebno, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem, vendar lahko opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Posebej mora biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jasen, ali ustreza vsebini; ali izvleček povzema bistvo članka; ali avtor citira (naj)novejšo literaturo in ali omenja domače avtorje, ki so pisali o isti temi v domačih revijah; ali se avtor izogiba avtorjem, ki zagovarjajo drugačna mnenja, kot so njegova; ali navaja tuje misli brez citiranja; ali je citiranje literature ustrezno, ali se v besedilu navedena literatura ujema s seznamom literature na koncu članka. Dostopno literaturo je potrebno preveriti. Oceniti je treba ustreznost slik ter tabel, preveriti, če se v njih ne ponavlja tisto, kar je v besedilu že navedeno. Recenzentova dolžnost je opozoriti na morebitne nerazvezane kratice. Recenzent mora biti še posebej pozoren na morebitno plagiatstvo in krajo intelektualne lastnine.

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

Posodobljeno: 15. 3. 2014

Citirajte kot/Cite as:

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

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 not including the title, abstract, tables, pictures and literature. The authors should use the MS 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. In submitting a manuscript, the authors must observe the standard scientific research paper components, the format and typology of documents. 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 Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia and the Declaration of Helsinki. 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 title and legend), illustrations (charts, diagrams, signed photographs) must be submitted

in Slovene and English. When the article is written in English, the title, the abstract and the key words must be translated into Slovene. The total of five data supplements per manuscript is allowed and their copyright must be obtained prior to publication.

Tables and other data supplements should adequately accompany the text. 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 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_eng.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. 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 150-250 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. 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 evidence it was developed. The literature review on the topic provides a rationale behind the work and identifies a problem highlighted by the gap in the literature. It frames a purpose 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 of has been widely researched. Citation of sources and references to previous research findings is obligatory. 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, 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. 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.

The article concludes with the following statements:
– whether the article publishes results of a larger study;

- whether the article was based on the diploma work, master's thesis or doctorate dissertation; in this case the student is always listed as the first author;
- whether the research was financially supported; in this case the sponsors and other participating researchers must be included at the end of the text;
- personal acknowledgements.

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 language.

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 *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, the final criteria to include or exclude the sources of evidence consulted and the data processing method.

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 for systematic review). The results should include a quality analysis of the sources included from the view point of the research methods used. It should be evident which studies are included in the review according to hierarchy of evidence. The results are presented verbally and visually, 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.

Structure of a Professional Article (1.04)

A professional article is a presentation of what is already known, with the emphasis on the applicability of original research results and the dissemination of knowledge. The organisational structure of a professional article is similar to that of an original scientific article, in the case of literature review it follows the structure of review article. It presents the research results which upgrade the current knowledge on the topic. No new knowledge or scientific evidence is presented, it is, however, focused on the applicability of the results with the aim to improve the existing professional practice.

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). *Up to two authors* only are given in the text: (Rhodes & Pearson, 2006). 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. Semicolon is used to separate each author: (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., 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 »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. When someone's work is cited in the text (an in-text citation), a full reference for it needs to be created at the end of the paper. **The end-of-text citation or the reference list** should include all *published* material used in the paper. Therefore, background material or further reading material which is not referred to in the running text should not be included. The reference list is arranged in alphabetical order according to authors' last name. All in-text citations must have a corresponding detailed entry at the end of the paper in the reference list. The in-text citations and the end-of-text citation should be congruent to each other. 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 of the articles, conference papers, etc. 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 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 chapter/essay in a book edited by multiple authors:

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

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

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

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 a journal article:

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 an article from a journal supplement or issue supplement:

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

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

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

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

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

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

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, the authorship statement and a cover letter electronically using the online submission form to: obzornik@zbornica-zveza.si

- **The electronic version of the manuscript** must be in a Microsoft Word-compatible format and one copy in the PDF (portable document format); manuscript file name follows this format: SURNAMEOFHTEFIRSTAUTHOR_First_three_words_of_the_title (e.g. BABNIK_Health_literacy_concept);
- **The authorship statement** (a form available at the Review website) must be undersigned by all the authors in order in which each is listed in the authorship of the article. A scanned copy of the statement must be submitted as an attachment to the e-mail message. If scanning is not possible, the original version of the statement may be sent to: Obzornik zdravstvene nege, Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana.
- **A cover letter to editor** must include a complete home and mailing address, telephone number of the correspondent author who will be responsible for communication with the editorial office.

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. Recommended is the use of Microsoft Word template available at the Slovenian Nursing Review website. The title page includes the title of the article in the Slovene and English language, the full names of the author/s, key words and abstract in the Slovene language and key words and abstract in the English language. This is followed by the full names of the authors, their highest earned academic degrees, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status. The name of the designated corresponding author is also given with their complete home and mailing address, and a telephone number. A corresponding author is responsible for communicating with the editor and with other authors about revisions and final approval of the proofreadings. The information on the source of the article may be also added (e.g. diploma thesis). The text continues with the complete article and references. The authors should observe SI units as set forth in Metrology Act.

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. The descriptive titles and legends should be in Slovene and English. 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, single spacing, 0.5 pt spacing, left alignment in the first row and in all columns with the text, centre alignment in the columns with statistical data, with no intersecting vertical lines.

Figures are numbered consecutively in the order first cited in the text, using Arabic numerals. A caption is given below each figure in Slovene and English. 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 editor - author relationship

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 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. 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 committee on account of their content or methodological expertise. For each article, reviewers must complete a review form 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 committee 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.

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. A prospective reviewer will receive an e-mail inviting him/her to review a manuscript and an abstract of the submission with the authors' names removed from the document. For each article, reviewers must complete a review form with the evaluation criteria laid out therein. The directions for assessment are provided in a review form, available on the Slovenian Nursing Review website. 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. All comments and suggestions to the author are outlined in detail within the text by using the MS Word function *Track changes*. The reviewer should be careful to mask their identity before applying this function. The final acceptance and publication decision rests with the editorial committee.

Updated on March 15, 2014

Cite as:

Slovenian Nursing Review: author/reviewer guidelines, manuscript submission guidelines, 2014. Available at: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/eng/Information_for_authors.aspx [15. 3. 2014].

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIAN NURSING REVIEW

NAROČILNICA

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

Ime: _____

Priimek: _____

Ulica: _____

Pošta: _____

Obkrožite vaš status: študent/ka, zaposlen/a, upokojen/a.

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

Kraj in datum: _____ Podpis: _____



OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIAN NURSING REVIEW

NAROČILNICA

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

Ime / Naziv: _____

Ulica: _____

Pošta: _____

Naročnino bomo poravnali v osmih dneh po prejemu računa. Davčna številka: _____

Kraj in datum: _____ Podpis in žig: _____

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:

Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Associate Professor

Editor, Executive Editor:

Andreja Mihelič Zajec, BSc, RN, Lecturer

Editor, Web Editor:

Ema Dornik, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor

Editorial Board:

- **Branko Bregar, MSc, RN, Senior Lecturer**, University Psychiatric Hospital, Slovenia
- **Ema Dornik, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor**, Institute of Information Science, Slovenia
- **Sonja Kalauz, PhD, MSc, MBA, BSc, RN, Assistant Professor**, University of Applied Health Studies Zagreb, Croatia
- **Andreja Kvas, PhD, MSc, BSN, RN, Senior Lecturer**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mateja Lorber, MSc, BSc, RN, Senior Lecturer**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Andreja Mihelič Zajec, BSc, RN, Lecturer**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, 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 Nursing Science**, Udine University, School of Nursing, Italy
- **Melita Peršolja, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mirko Prosen, MSc, BSc, RN, Senior Lecturer**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Associate Professor**, Faculty of Health Care Jesenice, Slovenia
- **Debbie Tolson, PhD, MSc, BSc (Hons), RGN, FRCN, Professor**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, United Kingdom

Reader for Slovenian:

Ana Božič, BA

Reader for English:

Tina Levec, BA

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

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

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

Annual subscription fee (2014): 10 EUR for students and the retired; 25 EUR for individuals; 70 EUR for institutions.

Print run: 1420 copies

Designed and printed by: Tiskarna 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

- Critical issues in nursing education in Croatia
Pereči problemi izobraževanja na področju zdravstvene nege na Hrvaškem
Sonja Kalauz 76

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Anonymous: the problems, dilemmas and desires of Slovenian adolescents in online counselling
Anonimno: problemi, dileme in hrepenenja slovenskih mladostnikov v spletni svetovalnici
Ksenija Lekić, Nuša Konec Juričič, Petra Tratnjek, Marjan Cugmas, Darja Kukovič, Borut Jereb 78

- Organizational culture in general hospitals and its relationship with job satisfaction
Organizacijska kultura v splošnih bolnišnicah in njena povezanost z zadovoljstvom zaposlenih
Katja Skinder Savič, Brigita Skela-Savič 88

- Verbalno in posredno nasilje v urgentni dejavnosti
Verbal and indirect violence in emergency services
Karmen Jerkič, Katarina Babnik, Igor Karnjuš 104

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Dejavniki gibalne aktivnosti in z zdravjem povezane kakovosti življenja
Factors influencing leisure-time physical activity and health-related quality of life
Renata Slabe Erker, Simon Ličen 113

- Vpliv prehranskih terapij na preprečevanje presnovnega sindroma
The influence of nutritional therapy on the prevention of metabolic syndrome
Domen Viler, Tadeja Jakus, Klavdija Viler, Tamara Poklar Vatovec 127

- Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature
Care for people with depression in Slovenia: literature review
Vesna Zupančič, Majda Pahor 136

