

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

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

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2024 Letnik 58 Številka 4
Ljubljana 2024 Volume 58 Number 4

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

NAMEN IN CILJI

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

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

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

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

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

SLOVENIAN NURSING REVIEW

AIMS AND SCOPE

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

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

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

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

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

KAZALO/CONTENTS

UVODNIK/EDITORIAL

- Celebrating 100 years of nursing education in Slovenia: The case for a university-level study programme in nursing
Ob 100 letnici izobraževanja medicinskih sester v Sloveniji: Zakaj univerzitetni študij zdravstvene nege? 236
Brigita Skela-Savič

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Comparison of reduced hospital stays and readmission rates among antenatal COVID-19-positive patients: A retrospective cohort study
Primerjava krajše ležalne dobe in stopnje ponovnih sprejemov v terciarni bolnišnici pri otročnicah, pozitivnih na covid-19, v antenatalnem obdobju: retrospektivna kohortna raziskava 245
Uroš Višić
- Izkušnje z učnimi delavnicami za uvedbo naprednega procesa zdravstvene nege v klinično prakso: kvalitativna raziskava
Implementing the advanced nursing process into clinical practice: A qualitative study of workshops experience 252
Maja Klančnik Gruden, Andreja Mihelič Zajec, Doroteja Rebec, Anja Novak, Matejka Pintar Babič, Tamara Lubi, Tanja Podlipnik, Maja Medvešek Smrekar
- Uporaba teorije sistemov Betty Neuman pri razumevanju stresorjev na delovnem mestu medicinskih sester
Applying Betty Neuman's systems theory in understanding workplace stressors among nurses 261
Debora Levstik Jašarevič, Marija Bogičević Menkinoska, Sandra Verdev, Lea Pavšič, Mirko Prosen, Sabina Ličen
- Zadovoljstvo pacientov z informacijskim sistemom eZdravje v splošni bolnišnici: presečna raziskava
Patient satisfaction with the eHealth system in a general hospital: A cross-sectional study 271
Nena Kodermac, Melita Peršolja

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Duhovna oskrba žensk po spontani prekinitvi nosečnosti: sistematični pregled literature
Spiritual care of women after spontaneous miscarriage: A systematic literature review 279
Zala Macuh, Zvonka Fekonja, Rosemarie Franc, Sergej Kmetec, Nataša Mlinar Reljič

KAZALO LETNIKA/ANNUAL INDEX

- Kazalo letnika 2024
Annual index 2024 290

Celebrating 100 years of nursing education in Slovenia: The case for a university-level study programme in nursing

Ob 100 letnici izobraževanja medicinskih sester v Sloveniji: Zakaj univerzitetni študij zdravstvene nege?

Brigita Skela-Savič¹, *

Introduction

As we celebrate a century of nursing education in Slovenia, we are confronted with a great shortage of nurses on a national and international level. Although this problem was predicted at least a decade ago, the European Union (EU), its member states and health policy makers have not given it the attention it deserves. The situation has been further exacerbated by the COVID-19 pandemic. Among OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) members, interest in this profession has fallen by an average of 8% among 15-year-olds (OECD, 2024). Leaving rates have also risen, with several surveys reporting healthcare professionals' intention to leave the profession due to job dissatisfaction (de Vries et al., 2023, 2024; Virkstis et al., 2022).

The importance of education and working conditions

The nursing work environment in Slovenia is becoming increasingly demanding. The results of a cross-sectional survey on working conditions in nursing (RN4CAST), which was conducted in ten Slovenian hospitals in early 2020, are not encouraging. In Slovenia, the workload of registered nurses, measured by the number of patients per shift, is the highest among both EU and non-EU countries (Aiken et al., 2014; European Commission, 2024; Skela-Savič et al., 2023). In February 2020, the average intention to leave the hospital due to job dissatisfaction was 51.5 per cent (Skela-Savič et al., 2022). According to the results of a meta-analysis of RN4CAST data, the average intention-to-leave rate was 38 per cent (de Vries et al., 2024), while in a survey conducted in the neighbouring Italy, an average of one third of respondents expressed the intention to leave the hospital (Sasso et al., 2019). The intention to leave

the workplace due to job dissatisfaction is influenced by various factors. In a sample of registered nurses and nursing technicians in Slovenian hospitals, the following factors were found to be significant: emotional exhaustion, poor responsiveness of management in addressing practical problems, overtime, inefficient working conditions, dissatisfaction with the status of a nurse in the hospital, and with the career choice. While there were no significant differences between the two professional groups in terms of educational qualifications, the intention to leave the hospital was higher among younger respondents and also differed between hospitals (Skela-Savič et al., 2022). The excessive workload of registered nurses also emerges indirectly from a survey involving patients in selected hospitals for which data was collected within the same time frame. In this study, patients rated the written and verbal preparation for discharge from hospital as unsatisfactory, as well as information on newly prescribed therapy and pain management (Skela-Savič et al., 2025).

For over two decades, researchers have been trying to convince EU health policy makers, national politicians, health ministers, health institutions and managers that nurse education is of great importance and closely linked to patient outcomes (Aiken et al., 2003, 2011, 2014; Backhaus et al., 2017; Kane et al., 2007; Lasater et al., 2021; Li-Mei et al., 2016; Needleman et al., 2011; Porat-Dahlerbruch et al., 2022; Van den Heede et al., 2009; Yakusheva, 2014). The need to invest in nurse training and professional development has also been confirmed by economic studies (Amiri & Solankallio-Vahteri, 2020). As early as 2010, the National Academy of Medicine of the United States of America (USA) (IOM, 2010) issued a scientific, evidence-based recommendation that at least 80% of nurses in the health system should hold at least a 4-year Bachelor of Science degree in Nursing

¹ Angela Boškin Faculty of Health Care, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenia

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

Received/Prejeto: 24. 11. 2024

Accepted/Sprejeto: 1. 12. 2024



(BSN). In the ensuing years, this recommendation was followed by EU countries such as Austria, Cyprus, the Czech Republic, Estonia, Finland, France, Greece, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Hungary, the Netherlands, Portugal, Slovakia, Spain, Sweden, and others. In a systematic literature review, Schnell et al. (2024) conclude that there is now more than enough scientific evidence to support the view that a 4-year higher education degree (BSN) is the minimum requirement for entry into the nursing profession. This is the only way to produce competent, autonomous and satisfied nursing professionals whose work has a positive impact on ensuring quality and safety in health care and who will contribute to the achievement of positive outcomes for health organisations, the development of nursing as a profession and scientific discipline, and societal development.

Another important contribution to understanding the importance of four-year higher education qualifications for nurses was the scientific research conducted by the European RN4CAST consortium (Aiken et al., 2014; European Commission, 2024; Sermeus et al., 2011) in more than 16 EU countries, which focused on the importance of educational qualifications, years of nursing studies, the number of patients per registered nurse, a well-organised working environment, and nurses' job satisfaction (Aiken et al., 2011, 2017; European Commission, 2024; Skela-Savič et al., 2023). In a number of studies conducted in the USA, Europe, and beyond, patients treated by nurses with a four-year nursing degree (BSN) have been shown to have better health outcomes than those treated by nurses with a three-year nursing degree (Aiken et al., 2014; Backhaus et al., 2017; European Commission, 2024; Li-Mei et al., 2016; Porat-Dahlerbruch et al., 2022; Schnell et al., 2024; Yakusheva, 2014). Studies also show that patient mortality on surgical and internal medicine wards is associated with a higher number of patients per nurse, negative evaluation of the working environment, and a low proportion of nurses with a four-year higher education degree in nursing (BSN) (Aiken et al., 2003, 2011, 2014, 2017; Ball et al., 2018; Dierkes et al., 2021; Schnell et al., 2024). All of these factors also have an impact on the retention of nursing staff. The decision to persist in the nursing career is further related to professional development opportunities, training, professional autonomy, and the status of the nursing profession within the health organisation (de Vries et al., 2024; Pressley & Garside, 2023; Skela-Savič et al., 2022). In Slovenia, emotional burnout, the passive role of management in solving workplace problems, overtime, and dissatisfaction with the choice of career path in nursing were also confirmed as important factors (Skela-Savič et al., 2022).

The need for change in higher education in nursing

In the EU, nurse education is regulated by the Directive on the Recognition of Professional Qualifications (the Directive) and its amendments (European Union 2005, 2013, 2024). The Directive mandates a minimum three-year study programme comprising at least 4600 hours, of which 2300 hours are dedicated to training in clinical settings. The entry requirement updated in 2013 stipulates the completion of 12 years of general education (European Union, 2013). Eight new competences were added, which expand the graduate's competences and therefore also the content of the programme: (a) competence to independently identify patient needs, plan care activities, organise and deliver nursing care, (b) competence to collaborate effectively with other actors in the health sector, (c) competence to empower individuals, families and groups to adopt healthy lifestyles and practice self-care, (d) competence to independently implement immediate life-preserving measures and actions in crises and disaster situations, e) competence to independently advise, guide and support persons in need of care and their relatives; f) competence to independently provide quality nursing care and evaluate nursing care; g) competence to communicate and collaborate with other professionals in a comprehensive and professional manner; and h) competence to evaluate the quality of nursing care with a view to improving own professional practice. The implementation of these new points has proven to be very difficult in countries where the transition to a four-year higher education programme has not taken place. Slovenia is one of these countries.

In March 2024, further substantive amendments were made to the Directive to integrate scientific and technological advancements in health care (European Union, 2024). Scientific and technological advances to be incorporated into nurse education by 2026 include patient-centred care theories, patient safety theories, interprofessional and multidisciplinary theories, health promotion theories, management theories applied to nursing, transcultural nursing theories, evidence-based practice and research, eHealth, new methods and technologies in health care (European Commission, 2020). The requirements described in the latest update of the Directive (European Union, 2024) cannot be implemented in the form of a three-year professional higher education programme with 180 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System) credit points, as is currently the case in Slovenia, neither in terms of the complexity of the added knowledge, skills and competences nor in terms of the duration of the study programme. The duration of the programme should be extended to four years and 60 ECTS credit points should be added. This has already been implemented by most European

countries as part of the 2013 amendments (European Union, 2013). In addition, it should also be examined at national level whether the degree programme should remain at the professional higher education level or be raised to the university (academic higher education) level. The scientific evidence is in favour of university-level studies. This decision should extend to all healthcare study programmes, as there are currently physiotherapy study programmes in Slovenia at both three-year (professional higher education) and four-year (university) levels, which leads to confusion among employers and students alike.

In addition to the expansion of compulsory content and the duration of the study programme, the burden on nursing students in comparison to study programmes in other healthcare disciplines and beyond should not be overlooked. A review of the amendments to the Directive from 2013 (European Union, 2013) shows that the duration of a medical degree programme is at least five years (six years in Slovenia), with a prescribed number of 5500 hours of study and an average of 1100 hours per academic year. In Slovenia, nursing studies last three years to (the Directive stipulates a minimum of three years), with a prescribed 4600 hours of study and an average of 1533 hours per academic year. This indicates a high direct teaching load for nursing students, as a 100% attendance is required for seminars, tutorials and clinical training, and clinical training accounts for half of the study hours. The implementation of ECTS credit points also remains incomplete, as the amount of theoretical content is included in the hours of individual student work, which this in turn limits the ability to accurately account for individual student work within the allocated ECTS credit points. As a result, most EU countries opted for a four-year nursing degree programme in 2011, as the associated study conditions are analogous to those of other degree programmes. In Slovenia, several initiatives and explanations have already been proposed as to why such an extension of the study programme is necessary, but has not yet taken place.

How to proceed?

Reforms in higher education in nursing are essential if young people are to choose nursing as a career. However, this alone will not be enough to solve the problem. Career development opportunities, professional autonomy, enhancing the status of nurses within the health system, and taking on an independent role in the care for healthy and sick populations in the form of specialisations and clinical specialisations are the elements that will attract young people to the nursing profession. An important reason for leaving the profession is the lack of interest in systematising the Master of Nursing Science (MNSc) position for direct patient care (Skela-Savič, 2023). There are

more than 700 MNSc graduates in Slovenia, and this qualification has been available since 2007. However, despite all the scientific evidence, health policy makers and healthcare managers are still not convinced that their knowledge could contribute to improving work processes and access to care. Numerous studies have demonstrated the equivalence, expertise and effectiveness of clinical specialists and advanced practitioners in patient care (Htay & Whitehead, 2021; Karimi-Shahanjarini et al., 2019; Laurant et al., 2018), but in Slovenia those in charge ignore the issue.

The European Directive needs to be amended with regard to the scope of clinical training, as it currently places great burden on clinical settings, students and patients, despite doubts about the quality of its delivery given the severe shortage of qualified nurses. The mandated scope of clinical training dates back to Florence Nightingale, who advocated bedside teaching. This approach has already been abandoned by developed countries outside Europe. Several studies have shown that simulated clinical training is at least as effective as training in a real clinical setting (Hayden et al., 2014). The scope of clinical training has been problematised by European and other international researchers (Gobbi & Kaunonen, 2018; Henriksen et al., 2020; Potter, 2021; Roberts et al., 2019). It should be noted that hospitalisation times are decreasing along with the number of beds and clinical training opportunities for students (Henriksen et al., 2020). Potter et al. (2021) find no significant association between the lowest number of hours of clinical training and student performance on the national exam in the United States.

Changes are also needed at the secondary level of education. More opportunities need to be created for students to enrol in university programmes after completing secondary medical school. This will help encourage more students to pursue a higher education degree in health care while increasing their chances of enrolling in master's programmes. Students who wish to continue their education need additional mandatory content in general science education to better prepare for studies in their chosen field of health care. The Directive requires 12 years of general education for entry into a degree programme in nursing, rather than secondary vocational education in the health sciences, which should also be taken into account in the elective part of secondary vocational curricula.

For years, the female professional title for a nursing graduate ('medical nurse') has also been urgently calling for change. As is evident from the content requirements mandated for the EU, in order to be allowed to work with patients, a nursing graduate needs to obtain much more than just medical knowledge. For years, the male version of the title for a nursing graduate has been the well-established professional title of qualified health professional (CHP). It is time to standardise the professional title for female graduates (BSc), which I hope will soon become BSc (UN). This

would eliminate both conscious and unconscious subordination of nursing terminology to medicine.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Uvod

V času, ko praznujemo 100-letnico izobraževanja medicinskih sester v Sloveniji, se soočamo z velikim pomanjkanjem medicinskih sester doma in v svetu. Problem je bil napovedan že vsaj desetletje nazaj, vendar ga Evropska unija (EU), države članice in odločevalci zdravstvenih politik niso vzeli dovolj resno. Epidemija COVID 19 je stanje le še poslabšala. Med članicami OECD (Organization for Economic Cooperation and Development; sl. Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj) smo med 15 letniki priča povprečnemu osem odstotnemu zmanjšanju zanimanja za poklic v zdravstveni negi (OECD, 2024). V porastu je tudi zapuščanje poklica, raziskave namreč poročajo o namerah zapuščanja poklica zaradi nezadovoljstva z delom (de Vries et al., 2023, 2024; Virkstis et al., 2022).

Pomen izobrazbe in delovnih pogojev

Delovno okolje medicinskih sester v Sloveniji postaja vse bolj zahtevno. Rezultati presečne raziskave o delovnih pogojih v zdravstveni negi (RN4CAST), izvedene v desetih slovenskih bolnišnicah v začetku leta 2020, niso spodbudni. Obremenitve diplomiranih medicinskih sester s številom pacientov na delovno izmeno so najvišje med državami EU in izven (Aiken et al., 2014; European Commission, 2024; Skela-Savič et al., 2023). Povprečna namera po zapustitvi bolnišnice zaradi nezadovoljstva z delom je februarja 2020 dosegla kar 51,5 odstotka (Skela-Savič et al., 2022). Po metaanalizi podatkov raziskave RN4CAST je ta namera znašala v povprečju 38 odstotkov (de Vries et al., 2024), medtem ko je v raziskavi, izvedeni v sosednji Italiji, povprečno namero po zapustitvi bolnišnice izkazala ena tretjina raziskovancev (Sasso et al., 2019). Namero po zapustitvi bolnišnice zaradi nezadovoljstva z delom pogojujejo številni dejavniki. Na vzorcu diplomiranih medicinskih sester in tehnikov zdravstvene nege v slovenskih bolnišnicah so se kot značilni izkazali naslednji dejavniki: čustvena izčrpanost, slaba odzivnost managerjev in vodij pri reševanju problemov v praksi, nadurno delo, neurejene razmere v delovnem okolju, nezadovoljiv status medicinske sestre v bolnišnici in nezadovoljstvo z izbiro poklica. Glede na stopnjo izobrazbe med poklicnima skupinama ni bilo značilnih razlik, namera po odhodu pa je bila večja pri mlajših anketirancih in se je med bolnišnicami razlikovala (Skela-Savič et al., 2022). O očitni preobremenjenosti diplomiranih medicinskih sester je mogoče posredno sklepati na

podlagi rezultatov raziskave, izvedene med pacienti izbranih bolnišnic, v sklopu katere so bili podatki zajeti v istem časovnem oknu. Pacienti so kot slabo ocenili pisno in ustno pripravo na odpust iz bolnišnice, ravno tako tudi informacije o novo predpisani terapiji in obvladovanju bolečine (Skela-Savič et al., 2025).

Raziskovalci že več kot dve desetletji prepričujejo oblikovalce zdravstvenih politik EU, nacionalne politike, ministre za zdravje, zdravstvene ustanove in direktorje zdravstvenih ustanov, da je izobrazba medicinskih sester zelo pomembna in tesno povezana z izidi zdravstvene obravnave pacientov (Aiken et al., 2003, 2011, 2014; Backhaus et al., 2017; Kane et al., 2007; Lasater et al., 2021; Li-Mei et al., 2016; Needleman et al., 2011; Porat-Dahlerbruch et al., 2022; Van den Heede et al., 2009; Yakusheva, 2014). Enako tudi ekonomske študije potrjujejo nujnost investiranja v izobraževanje in karierni razvoj medicinskih sester (Amiri & Solankallio-Vahteri, 2020). Že leta 2010 je Nacionalna medicinska akademija Združenih držav Amerike (ZDA) (IOM, 2010) na osnovi znanstvenih dokazov priporočila, da naj ima vsaj 80 % medicinskih sester v zdravstvenem sistemu visokošolsko izobrazbo na ravni štiriletnega študija (Bachelor of Science in Nursing, BSN). Priporočilo so z leti sledile tudi države EU, kot so Avstrija, Ciper, Češka, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Islandija, Irska, Italija, Latvija, Litva, Madžarska, Nizozemska, Portugalska, Slovaška, Španija, Švedska idr. Schnell et al. (2024) v sistematičnem pregledu literature povzemajo, da je znanstvenih dokazov za štiriletno visokošolsko izobrazbo (BSN) kot minimalno zahtevo za vstop v poklic v zdravstveni negi danes več kot dovolj. Le na ta način je v zdravstveni negi mogoče pridobiti kompetentne, avtonomne in zadovoljne strokovnjake, ki bodo z delom prispevali h kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave ter k doseganju pozitivnih izidov zdravstvenih organizacij, razvijali zdravstveno nego kot stroko in znanost ter pomembno prispevali k razvoju družbe.

Velik doprinos k razumevanju pomena štiriletnega visokošolskega izobraževanja medicinskih sester je pomenila raziskava evropskega konzorcija RN4CAST (Aiken et al., 2014; European Commission, 2024; Sermeus et al., 2011), ki je bila izvedena v več kot šestnajstih državah EU in je na znanstveni osnovi v ospredje postavila pomen stopnje izobrazbe, let študija zdravstvene nege, števila pacientov na diplomirano medicinsko sestro, urejenega delovnega okolja ter zadovoljstva z delom v zdravstveni negi (Aiken et al., 2011, 2017; European Commission, 2024; Skela-Savič et al., 2023). V številnih raziskavah, izvedenih v ZDA, Evropi in širše, se je izkazalo, da dosegajo pacienti, obravnavani s strani medicinskih sester s štiriletnim visokošolskim študijem zdravstvene nege (BSN), boljše izide zdravstvene obravnave kot tisti, ki so obravnavani s strani medicinskih sester s triletnim študijem zdravstvene nege (Aiken et al., 2014; Backhaus

et al., 2017; European Commission, 2024; Li-Mei et al., 2016; Porat-Dahlerbruch et al., 2022; Schnell et al., 2024; Yakusheva, 2014). Raziskave kažejo tudi, da je smrtnost pacientov na kirurških ali internističnih oddelkih povezana s povečanjem števila pacientov na medicinsko sestro, slabo oceno delovnega okolja in nizkim številom medicinskih sester s štiriletno visokošolsko izobrazbo zdravstvene nege (BSN) (Aiken et al., 2003, 2011, 2014, 2017; Ball et al., 2018; Dierkes et al., 2021; Schnell et al., 2024). Vsi navedeni dejavniki vplivajo tudi na zadržanje medicinskih sester v poklicu. Odločitev za nadaljevanje poklicne poti je povezana še z možnostmi kariernega razvoja, izobraževanja, poklicne avtonomije in statusom poklica v zdravstveni organizaciji (de Vries et al., 2024; Pressley & Garside, 2023; Skela-Savič et al., 2022). V Sloveniji so se kot pomembni dejavniki potrdili še čustvena izgorelost, pasivnost vodstva pri reševanju problemov pri delu, nadurno delo in nezadovoljstvo z odločitvijo za poklic medicinske sestre (Skela-Savič et al., 2022).

Nujnost sprememb v visokošolskem izobraževanju medicinskih sester

V EU je izobraževanje medicinskih sester urejeno z Direktivo za regulirane poklice (direktiva) in njenimi dopolnitvami (European Union 2005, 2013, 2024). Direktiva predpisuje vsaj triletni študij v obsegu vsaj 4600 ur, ki vključujejo 2300 ur usposabljanja v kliničnih okoljih. Pogoji za vpis v študij, uveden leta 2013, zahteva zaključeno 12-letno splošno izobraževanje (European Union, 2013). V spremembah je bilo dodanih osem novih kompetenc, s čimer je prišlo do širitve sposobnosti diplomanta in s tem tudi vsebin programa: a) sposobnost samostojnega prepoznavanja potreb pacientov, načrtovanja negovalnih aktivnosti ter organizacije in implementacije zdravstvene nege, b) sposobnost učinkovitega sodelovanja z drugimi akterji v zdravstvenem sektorju, c) sposobnost usposabljanja posameznikov, družin in skupin za zdrav življenjski slog in samopomoč, d) sposobnost samostojne vpeljave takojšnjih ukrepov za ohranjanje življenja in ukrepov v kriznih razmerah ter v primeru nesreč, e) sposobnost samostojnega svetovanja, vodenja in podpiranja oseb, ki potrebujejo nego, ter njihovih bližnjih, f) sposobnost samostojnega zagotavljanja kakovostne zdravstvene nege in njene evalvacije, g) sposobnost celovite profesionalne komunikacije in sodelovanja z delavci drugih poklicev ter h) sposobnost evalvacije kakovosti zdravstvene nege s ciljem izboljševanja poklicne prakse. Implementacija navedenih novih vsebin je bila močno otežkočena v državah, kjer ni prišlo do podaljšanja študija na štiriletni visokošolski študij. Med temi državami je tudi Slovenija.

V marcu 2024 so bile z namenom znanstvenega in tehnološkega napredka v zdravstvu predstavljene dodatne vsebinske dopolnitve direktive (European

Union, 2024). Znanstveni in tehnološki napredki, ki jih je potrebno prenesti v izobraževanje medicinskih sester do leta 2026, so teorije v pacienta usmerjene oskrbe, teorije varnosti pacientov, medpoklicne in večdisciplinarne teorije sodelovanja, teorije promocije zdravja, teorije managementa, aplicirane na zdravstveno nego, transkulturne teorije, na dokazih podprto delovanje in raziskovanje, e-zdravstvo, nove metode dela in tehnologije v zdravstveni obravnavi (European Commission, 2020). Zahtev, opisanih v zadnji dopolnitvi direktive (European Union, 2024), ni mogoče implementirati v obliki visokošolskega strokovnega triletnega študija s 180 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System; sl. Evropski sistem prenašanja in zbiranja kreditnih točk) kreditnimi točkami, kot ga v Sloveniji izvajamo sedaj, ne z vidika zahtevnosti dodanih znanj, spretnosti in kompetenc, kot tudi ne z vidika trajanja študija. Trajanje študija je potrebno podaljšati na štiri leta in dodati 60 ECTS kreditnih točk, kar je že uresničila večina evropskih držav v sklopu sprememb leta 2013 (European Union, 2013). Potrebna je tudi nacionalna presoja o tem, ali bo študij ostal na visokošolski strokovni ravni, ali pa bo prešel na univerzitetno raven. Znanstveni dokazi govorijo v prid univerzitetnemu študiju. Odločitev o tem bi morala zajemati vse študijske programe v zdravstvu, saj imamo trenutno v Sloveniji študij fizioterapije tako na ravni triletnega programa (VS) kot tudi štiriletnega programa (UN), kar ustvarja zmedo pri delodajalcih in tudi študentih.

Poleg širitve obveznih vsebin in trajanja študija ne gre zanemariti obremenitve študentov zdravstvene nege glede na študijske programe drugih zdravstvenih smeri in izven. Pregled dopolnitev direktive iz 2013 (European Union, 2013) namreč kaže, da študij medicine traja vsaj pet let, v Sloveniji šest let, pri čemer je predpisano število ur študija 5500 ur s povprečjem 1100 ur na študijsko leto. Študij zdravstvene nege traja v Sloveniji tri leta (direktiva navaja vsaj 3 leta), predpisano število ur študija je 4600, povprečje na študijsko leto pa znaša 1533 ur, kar predstavlja visoko neposredno pedagoško obremenitev za študente zdravstvene nege, saj imajo seminarji, vaje in klinično usposabljanje 100-odstotno prisotnost, klinično usposabljanje pa predstavlja polovico ur študija. Tudi implementacija ECTS kreditnih točk ni popolna, saj obseg teoretičnih vsebin vstopa v ure individualnega dela študenta, kar zmanjšuje možnosti upoštevanja individualnega dela študenta v okviru implementacije ECTS kreditnih točk. Iz navedenih razlogov se je večina držav EU leta 2011 odločila za štiriletni študijski program zdravstvene nege, saj ta omogoča primerljive pogoje za študij glede na druge študijske programe. V Sloveniji so že bile dane pobude in razlage o tem, zakaj je podaljšanje študija potrebno, vendar do tega še ni prišlo.

Kako naprej?

Spremembe v visokošolskem študiju zdravstvene nege so nujne, če želimo mlade pritegniti k izbiri

tega poklica. Vendar pa zgolj to ne bo zadostovalo. Možnosti kariernega razvoja, avtonomije dela, izboljšanje statusa strokovnjaka zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu in prevzemanje samostojnih vlog v zdravstveni obravnavi zdrave in bolne populacije v obliki specializacij in kliničnih specializacij je tisto, kar bo mlade prepričalo, da se bodo odločali za poklic v zdravstveni negi. Eden od pglavilnih razlogov za zapušanje poklica je odsotnost interesa za sistematizacijo delovnega mesta magistra zdravstvene nege za neposredno delo s pacienti (Skela-Savič, 2023). V Sloveniji imamo več kot 700 magistrstov zdravstvene nege, pri čemer je to izobraževanje dostopno že od leta 2007, vendar zdravstveni politiki in direktorji zdravstvenih ustanov kljub vsem znanstvenim dokazom še danes niso prepričani, ali lahko njihovo znanje dejansko doprinese k izboljšanju delovnih procesov in dostopnosti zdravstvene obravnave. Številne raziskave dokazujejo enakovrednost, strokovnost in učinkovitost kliničnih specialistov in naprednih praktikov v zdravstveni obravnavi pacientov (Htay & Whitehead, 2021; Karimi-Shahanjarini et al., 2019; Laurant et al., 2018), le v Sloveniji si odgovorni zatiskajo oči.

Potrebne so tudi spremembe evropske direktive glede obsega kliničnega usposabljanja, ki kliničnim okoljem, študentom in pacientom predstavlja veliko breme, vprašljiva pa je tudi kakovost njegove izvedbe ob velikem pomanjkanju diplomiranih medicinskih sester. Obseg klinične prakse izhaja iz obdobja Florence Nightingale, ki je zagovarjala učenje ob pacientovi postelji. Ta pristop so razvite države izven Evrope že opustile. Več raziskav je pokazalo vsaj enakovrednost simuliranih kliničnih vaj z usposabljanjem v realnem kliničnem okolju (Hayden et al., 2014). Obseg klinične prakse problematizirajo tudi evropski in svetovni raziskovalci (Gobbi & Kaunonen, 2018; Henriksen et al., 2020; Potter, 2021; Roberts et al., 2019). Pri tem je pomembno dejstvo, da se čas hospitalizacij skrajšuje ob hkratnem zmanjševanju števila postelj in priložnosti za klinično usposabljanje študentov (Henriksen et al., 2020). Potter et al. (2021) niso odkrili nobene značilne povezave med najnižjim številom ur kliničnega usposabljanja in uspešnostjo študentov na državnem izpitu v ZDA.

Spremembe so nujne tudi na srednješolski ravni. Dijaki potrebujejo bolj dostopne možnosti, da se lahko po zaključeni srednji zdravstveni šoli vpišejo na univerzitetni študij. Na ta način bomo pridobili več dijakov, ki se želijo visokošolsko izobraževati na programih različnih zdravstvenih smeri in bodo imeli boljše možnosti tudi za vpis na enovite magistrske programe. Dijaki, ki želijo izobraževanje nadaljevati, potrebujejo dodatne obvezne vsebine iz splošnega naravoslovnega znanja, da bodo bolje pripravljeni na študij izbrane zdravstvene smeri. Direktiva zahteva za vpis v študij zdravstvene nege 12 let splošnega izobraževanja in ne srednješolsko

strokovno izobraževanje zdravstvenih smeri, kar bi se moralo upoštevati tudi v izbirnem delu kurikuluma srednješolskega strokovnega izobraževanja.

Nenazadnje tudi strokovni naziv diplomanta v ženskem spolu že leta kliče po spremembah. Medicinsko znanje predstavlja le del znanj, ki jih diplomant zdravstvene nege potrebuje pri delu s pacientom, kar je razvidno že iz predpisanih vsebin na ravni EU. Za diplomanta zdravstvene nege je že leta dobro uveljavljen strokovni naziv v moškem spolu – diplomirani zdravstvenik (VS). Čas je, da poenotimo tudi strokovni naslov diplomantke (diplomirana zdravstvenica), pri čemer upam, da bo le-ta kmalu diplomirana zdravstvenica (UN). S tem bi odpravili zavedno in nezavedno terminološko podrejanje zdravstvene nege medicini.

Conflict of interest/Nasprotje interesov

The author confirms that there are no conflict of interest./Avtorica izjavlja, da ni nasprotja interesov.

Literature

- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospital with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047–1053.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>
PMid:21945978; PMCID:PMC3217062
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290, 1617–1623.
<https://doi.org/10.1001/jama.290.12.1617>
PMid:14506121; PMCID:PMC3077115
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D., Sermeus, W., & RN4CAST Consortium. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559–568.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567>
PMid:28626086; PMCID:PMC5477662
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., K'ozka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
PMid:24581683

- Amiri, A., & Solankallio-Vahteri, T. (2020). Analyzing economic feasibility for investing in nursing care: Evidence from panel data analysis in 35 OECD countries. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(1), 13–20.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.009>
PMid:32099854; PMCID:PMC7031164
- Backhaus, R., van Rossum, E., Verbeek, H., Halfens, R. J. G., Tan, F. E. S., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H. (2017). Relationship between the presence of baccalaureate-educated RNs and quality of care: A cross-sectional study in Dutch long-term care facilities. *BMC Health Services Research*, 17(1), Article 53.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1947-8>
PMid:28103856; PMCID:PMC5244701
- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist R., Tishelman, C., Griffiths, P., & RN4Cast Consortium. (2017). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10–15.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004>
PMid:28844649; PMCID:PMC5826775
- Dierkes, A. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & McHugh, M. D. (2021). Association of hospital nursing and postsurgical sepsis. *PLoS ONE*, 16(10), Article e0258787.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258787>
PMid:34662355; PMCID:PMC8523045
- European Commission. (2020). *Mapping and assessment of developments for one of the sectoral professions under Directive 2005/36/EC – Nurse responsible for general care*. European Commission.
- European Commission. (2024 June 18). *Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing: Final Report Summary*. European Union.
<https://cordis.europa.eu/project/id/223468/reporting>
- European Union. (2005). Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. *Official Journal of the European Union*, L 255, 22–142.
<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF>
- European Union. (2013). Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2013. *Official Journal of the European Union*, L354/132.
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&from=EN>
- European Union. (2024). Directive (EU) 2024/55/EU of the European Parliament and of the Council, 2024. *Official Journal of the European Union*.
http://data.europa.eu/eli/dir_del/2024/782/oj
- Gobbi, M., & Kaunonen, M., (Eds). (2018). Guidelines and reference points for the design and delivery of degree programmes in nursing. WP 4 - Del. 1.4 Guidelines and Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing - FINAL.pdf (europa.eu)
- Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S., & Jeffries, P. R. (2014). The NCSBN National Simulation Study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation*, 5(2), Supp S3-S40.
[https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30062-4](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30062-4)
- Henriksen, J., Löfmark, A., Wallinvirta, E., Gunnarsdóttir, Þ.J., & Slettebø, Å. (2020). European Union directives and clinical practice in nursing education in the Nordic countries. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(1), 3–5.
<https://doi.org/10.1177/2057158519857045>
- Htay, M., & Whitehead, D. (2021). The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 17(3), Article 100034.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnasa.2021.100034>
PMid:38746729; PMCID:PMC11080477
- Van den Heede, K., Lesaffre, E., Diya, L., Vleugels, A., Clarke, S. P., Aiken, L. H., & Sermeus W. (2009). The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: Analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 796–803.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.018>
PMid:19201407; PMCID:PMC2856596
- Institute of Medicine. (2010). *A Summary of the February 2010 Forum on the Future of Nursing: Education*. Institute of Medicine.
<https://nap.nationalacademies.org/catalog/12894/a-summary-of-the-february-2010-forum-on-the-future-of-nursing>
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195–1204.
<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181468ca3>
PMid:18007170
- Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., Lewin, S., Laurant, M., & Colvin, C. J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: A qualitative evidencesynthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4, Article CD010412.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010412.pub2>
PMid:30982950; PMCID:PMC6462850

- Lasater, K. B., Sloane, D. M., McHugh, M. D., Porat-Dahlerbruch, J., & Aiken, L. H. (2021). Changes in proportion of bachelor's nurses associated with improvements in patient outcomes. *Research Nursing Health*, 44(5), 787–795.
<https://doi.org/10.1002/nur.22163>
PMid:34128242; PMCID:PMC8440404
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught A. J. A. H. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, Article CD001271.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>
PMid:30011347; PMCID:PMC6367893
- Li-Mei, L., Xiao-Yan, S., Hua, Y., & Jun-Wen, L. (2016). The association of nurse educational preparation and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 42, 9–16.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.029>
PMid:27237346
- Needleman, J. (2017). Nursing skill mix and patient outcomes. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 525–528.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006197>
PMid:28039393
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364, 1037–1045.
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa1001025>
PMid:21410372
- OECD. (2024). *Fewer young people want to become nurses in half of OECD countries*. OECD Publishing.
- Porat-Dahlerbruch, J., Aiken, L. H., Lasater, K. B., Sloane, D. M., & McHugh, M. D. (2022). Variations in nursing baccalaureate education and 30-day inpatient surgical mortality. *Nursing Outlook*, 70(2), 300–308.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.09.009>
PMid:34763898; PMCID:PMC9095709
- Potter, K., Hussey, L., Ojeda, M. (2021). Clinical hours and program types effects on NCLEX pass rates. *Teaching and Learning in Nursing*, 16(2), 131–134.
<https://doi.org/10.1016/j.teln.2021.01.004>
- Pressley, C., & Garside, J. (2023). Safeguarding the retention of nurses: A systematic review on determinants of nurse's intentions to stay. *Nursing Open*, 10, 2842–2858.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1588>
PMid:36646646; PMCID:PMC10077373
- Roberts, E., Kaak, V., & Rolley, J. (2019). Simulation to replace clinical hours in nursing: A meta-narrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 37, 5–13.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.07.003>
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., & RN4CAST@IT Working Group. (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 946–954.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12745> PMid:30614593
PMid:30614593
- Schnelli, A., Steiner, L. M., Bonetti, L., Levati, S., & Desmedt, M. (2023). A bachelor's degree for entering the nursing profession: A scoping review for supporting informed health care policies. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7(6), Article 100171.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100171>
PMid:38746800; PMCID: PMC11080422
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A. P., Bruynell, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert M., Schoonhoven, L., Zikos, D., & RN4CAST consortium. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 18(6), Article 6.
<https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>
PMid:21501487; PMCID:PMC3108324
- Skela-Savič, B. (2023). Nursing development should now become a priority for health systems in Europe. *Zdravstveno varstvo*, 62(4), 162–166.
<https://doi.org/10.2478/sjph-2023-0023>
PMid: 37799413; PMCID: PMC10549248
- Skela-Savič, B., Albreht, T., Sermeus, W., Lobe, B., Bahun, M., & Dello, S. (2023). Patient outcomes and hospital nurses' workload: A cross-sectional observational study in Slovenian hospitals using the RN4CAST survey. *Zdravstveno varstvo*, 62(2), 59–66.
<https://doi.org/10.2478/sjph-2023-0009>
PMid:37266066; PMCID:PMC10231883
- Skela-Savič, B., Bahun, M., Kalender Smajlović, S., & Pivač, S. (2025). Patients' experience with received healthcare in internal medicine and surgery wards of Slovenian hospitals: A cross-sectional survey. *Zdravstveno varstvo*, 64(1), 5–13.
<https://doi.org/10.2478/sjph-2025-0002>
- Skela-Savič, B., Albreht, T., Sermeus, W., Bahun, M., Squires, A., Dello, S., & Lobe, B. (2022). *Spoznanja raziskave o delovni sili v zdravstveni negi (RN4CAST) v izbranih slovenskih bolnišnicah: poročilo raziskave*. Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.
- Virkstis, K., Boston-Fleischhauer, C., Rewers, L., Critchley, N., Whitmarsh, K., Paiewonsky, A., & Gerstenfeld, R. (2022). 7 Executive strategies to stabilize the nursing workforce. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 52(4), 194–196.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001129>
PMid:35348481
- de Vries, N., Boone, A., Godderis, L., Bouman, J., Szemik, S., Matrangola, D., & de Winter, P. (2023). The race to Retain Healthcare Workers: A systematic review on factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in hospitals. *INQUIRY*, 60.
<https://doi.org/10.1177/00469580231159318>
PMid:36912131; PMCID:PMC10014988

de Vries, N., Maniscalco, L., Matranga, D., Bouman, J., & de Winter, J. P. (2024). Determinants of intention to leave among nurses and physicians in a hospital setting during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 19(3), Article e0300377.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0300377>
PMid:38484008; PMCID:PMC1093920

Yakusheva, O., Lindrooth, R., & Weiss, M. (2014). Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: A patient-level analysis. *Medical Care*, 52(10), 864–869.
<https://doi.org/10.1097/MLR.000000000000189>
PMid:25215646

Cite as/Citirajte kot:

Skela-Savič, B. (2024). Celebrating 100 years of nursing education in Slovenia: the case for a university-level study programme in nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(4), 236–244. <https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.4.3320>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

Comparison of reduced hospital stays and readmission rates among antenatal COVID-19-positive patients: A retrospective cohort study

Primerjava krajše ležalne dobe in stopnje ponovnih sprejemov v terciarni bolnišnici pri otročnicah, pozitivnih na covid-19, v antenatalnem obdobju: retrospektivna kohortna raziskava

Uroš Višič^{1, 2, *}

Key words: infection; nursing; duration; postpartum; rehabilitation

Ključne besede: okužbe; zdravstvena nega; trajanje; poporodno obdobje; rehabilitacija

¹ University Medical Centre Ljubljana, The Division of Gynaecology and Obstetrics, Slovenia

² University of Novo mesto, Faculty of Health Sciences, Na Loku 2, 8000 Novo mesto, Slovenia

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

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic also posed a major risk in the perinatal area. The aim of the study was to investigate the length of hospital stays among COVID-19 positive patients in the early postpartum period compared to the standard duration, and their readmission rates compared to the standard readmission rates in the healthy population.

Methods: The length of stay in hospital after vaginal delivery and caesarean section was examined through a retrospective cohort study. A total of 322 patients were included. The data were obtained from the Hipokrat information system and analysed using descriptive statistics and t-test, with a statistical significance threshold of $p < 0.05$.

Results: On average, the length of stay in hospital after vaginal delivery ($Me = 2.45$) and caesarean section ($Me = 4.05$) was longer than the predetermined duration. The minimum length of stay was approximately three days ($Max = 3.06$) after a vaginal delivery and four days ($Max = 4.38$) after a caesarean section. The results showed no statistically significant differences between the length of stay after vaginal delivery ($p = 0.38$) and after caesarean section ($p = 0.21$) in COVID-19-positive patients.

Discussion and conclusions: It was found that despite the expected shorter length of stay in hospital in COVID-19 positive patients, their treatment was only negligibly longer. Further studies focusing on the early postnatal period are needed.

IZVLEČEK

Uvod: Pandemija virusa covid-19 je predstavljala veliko tveganje tudi na perinatalnem področju. Namen pričujoče raziskave je bil preučiti trajanje bivanja otročnic, pozitivnih na covid-19, po vaginalnem porodu v zgodnjem poporodnem obdobju v primerjavi s standardnim trajanjem in stopnjo njihovih ponovnih sprejemov v primerjavi s standardnimi sprejemi pri zdravi populaciji.

Metode: Uporabljena je bila retrospektivna kohortna raziskava s pregledom trajanja ležalne dobe po vaginalnem porodu in po carskem rezu. Vključenih je bilo 322 otročnic. Podatke, pridobljene iz informacijskega sistema Hipokrat, smo analizirali z opisno statistiko in t-testom ob upoštevanju statistični značilnosti $p < 0,05$.

Rezultati: V povprečju je ležalna doba po vaginalnem porodu ($Me = 2,45$) in po carskem rezu ($Me = 4,05$) trajala dlje od zastavljenega trajanja. Maksimalna ležalna doba po vaginalnem porodu je bila približno tri dni ($Maks = 3,06$), po carskem rezu pa štiri dni ($Maks = 4,38$). Rezultati niso pokazali statistično značilnih razlik med ležalno dobo po vaginalnem porodu ($p = 0,38$) in carskem rezu ($p = 0,21$).

Diskusija in zaključek: Ugotovljeno je bilo, da je kljub predvideni krajši ležalni dobi otročnic, pozitivnih na covid-19, njihova obravnava zanemarljivo daljša. Potrebne so nadaljne raziskave v zgodnjem postnatalnem obdobju.



Received/Prejeto: 28. 7. 2023
Accepted/Sprejeto: 10. 11. 2024

© 2024 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Introduction

The COVID-19 virus pandemic posed significant public health risks, including mental health risks and an increased risk of maternal morbidity and mortality (Elling et al., 2022; Kang et al., 2021; Villar et al., 2021; Semaan et al., 2022). It also had an impact on a significant increase in perinatal anxiety (George et al., 2021; Kang et al., 2021; Vila-Candel et al., 2022). Expectant mothers were concerned about attending hospital check-ups and potential exposure to infections, limited choice of delivery location, the presence of a partner during delivery and breastfeeding support after delivery (Darido et al., 2020; Meaney et al., 2022; Panzer et al., 2022). Ensuring the quality and safety of health care is a priority for all advanced health systems (Ministrstvo za zdravje, Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, 2024). The objectives of measuring the quality of health services are: to provide patients with a choice of high-quality, safe, outcome-oriented and cost-effective health care; to enable healthcare providers to transfer best practices to improve healthcare processes and outcomes (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovene, 2024).

Gomez et al. (2022) found that in the United States, 31% of maternity hospitals encouraged separation of mother and newborn, 37% discouraged breastfeeding in COVID-19 positive mothers, and 59% encouraged shorter length of stay in hospital and earlier discharge. The impact of changing practices related to mother-newborn separation and restrictions on maternity ward visits had an impact on the interest in exclusive breastfeeding in the postpartum period (Alves Mascarenhas et al., 2020; Gonzalez et al., 2021; McClymont et al., 2022). Several measures were taken to reduce the risk of COVID-19 transmission: promotion of early discharge, restrictions or banning of visits, and introduction of digital health education content (Višić, 2022; Wagner et al., 2021; Wood et al., 2022). However, these adjustments could also contribute to a further deterioration of the health outcomes in patients and newborns (Semaan et al., 2022; Višić, 2022). Although standard practices for lactation, breastfeeding support and early discharge preparation were introduced, due to the necessary interventions and newborn screening tests, discharging patients earlier than 24 hours after delivery proved to be unfeasible (Lubbe et al., 2022; Mesarič et al., 2020; Višić, 2022). Therefore, a deeper understanding of the changes and challenges faced by nurses is essential to optimise the quality of nursing care (Gupta et al., 2022; Kang et al., 2021; Kugelman et al., 2021; Višić, 2022).

Aims and objectives

The aim of the study was to determine: a) the length of stay in hospital for positive COVID-19 patients in the early postpartum period compared to

the standard duration in non-positive patients, and b) their readmission rates compared to the standard readmission rates in a healthy population. To this end, the following hypotheses were formulated:

H1: On average, the length of stay for COVID-19 positive patients after vaginal delivery is longer than for non-COVID-19 patients.

H2: On average, the length of stay for COVID-19 positive patients after caesarean section is longer than for non-COVID-19 patients.

H3: Reducing the treatment duration results in a higher number of readmission rates compared to standard postnatal readmissions in a healthy population.

Methods

This study employed a quantitative approach, with a retrospective cohort study conducted to obtain data through a review of treatments within an information system.

Description of the research instrument

We conducted a retrospective review of the length of stay in a tertiary hospital among obstetric patients after a vaginal delivery and after a caesarean section, using the Hipokrat hospital information system. After a vaginal delivery, treatment of the patient and the newborn follows the established clinical procedure (if the necessary criteria are met) and is completed after 48 hours, or according to standard treatment, which is completed after 72 hours. After a caesarean section without associated complications, patient treatment is completed after 96 hours. We have designed a treatment diagram to shorten the length of stay for COVID-19 patients with a simpler course of disease. We planned to discharge patients and newborns 36 hours after a vaginal delivery and 48 hours after a caesarean section with health education interventions. The study was divided into two parts. The first part included a retrospective review of the overall course of infection, while the second part included a review of the length of stay in hospital up to the year of treatment. At the beginning of the study, we also selectively collected baseline data on the virus pandemic (vaccination status, patient morbidity), but this data collection was later abandoned as the guidelines for monitoring the prevalence of COVID-19 during the pandemic had changed.

Description of the sample

Our sample consisted of Slovenian patients admitted from March 2020 to the end of 2022 who were COVID-19 positive in the antenatal period and gave birth while infected with COVID-19. We included

all patients with vaginal delivery and caesarean section treated on our ward. The sample included patients who were diagnosed with COVID-19 in the late antepartum period shortly before their due date. The inclusion criteria were as follows: patients with a positive RAT (Rapid Antigen Test) smear on admission to the labour ward or isolation unit on the ward, and subsequently a positive PCR (Polymerase chain reaction) control smear confirming COVID-19 infection. The exclusion criterion was a negative RAT control smear on admission. Nurses perform specific nursing and health promotion interventions depending on the mode of delivery and day of treatment (vaginal delivery – day zero: breastfeeding; day one: washing, changing, handling, breastfeeding; day two: discharge with instructions; caesarean section – day zero and day one: breastfeeding; day two: changing, breastfeeding, washing, handling, breastfeeding; day three: breastfeeding, discharge with instructions).

Description of the research process and data analysis

Data on patient demographics, length of stay in hospital, and delivery were obtained by reviewing data in the tertiary hospital information system. Given the research methodology chosen for the study, ethical

approval was not required. The review and data collection took place in May 2023. Data analysis was conducted using descriptive statistics. To compare the arithmetic means of two independent samples, we used the t-test for independent samples. The t-test assumes that both samples follow a normal distribution and have equal variances. A p -value < 0.05 was considered statistically significant. The statistical analysis was performed using SPSS (IBM, SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Results

Table 1 shows the outcomes of all deliveries and the proportion of deliveries in COVID-19-positive patients in the period 2020–2022. A total of 322 COVID-19-positive patients were treated in this period. In 2020, a total of 5348 deliveries were performed, with 77 deliveries (53 vaginal deliveries and 24 caesarean sections) in COVID-19-positive patients and 31.16% of these being caesarean sections. In 2021, the total number of deliveries was 5435, with 129 deliveries in COVID-19 positive patients (96 vaginal deliveries and 33 caesarean sections) accounting for almost 2.5% of the increased proportion of treatments, with 25.58% of these deliveries being caesarean sections. With the emergence of the delta variant of COVID-19, followed by a worsening of the disease symptoms,

Table 1: Proportion of vaginal deliveries and caesarean sections

Tabela 1: Delež vaginalnih porodov in carskih rezov

Year/ Leto	Mode of delivery/ Vrsta poroda	CoV- neg n (%)	CoV- pos n (%)	Total (%)/ Skupaj (%)
2020	VagDel	4130 (77.22)	53 (0.99)	4183 (78.21)
	CesSec	1141 (21.33)	24 (0.46)	1165 (21.79)
	Total	5271 (98.55)	77 (1.45)	5348 (100)
2021	VagDel	4167 (76.66)	96 (1.76)	4263 (78.42)
	CesSec	1139 (20.95)	33 (0.63)	1172 (21.58)
	Total	5306 (97.61)	129 (2.39)	5435 (100)
2022	VagDel	3776 (75.96)	82 (1.66)	3858 (77.61)
	CesSec	1079 (21.70)	34 (0.68)	1113 (22.39)
	Total	4855 (97.66)	116 (2.34)	4971 (100)

Legend/Legenda: VagDel – vaginal delivery/vaginalni porod; CesSec – caesarean section/carski rez; n – number/število; % – percentage/odstotek; CoV- neg – COVID-negative patients/COVID negativne pacientke; CoV- pos – COVID-positive patients/COVID pozitivne pacientke

Table 2: Statistical presentation of the average length of stay (in days) in COVID-19 positive patients

Tabela 2: Statistični prikaz povprečne ležalne dobe (dni) COVID-19 pozitivnih otročnic

Mode of delivery/ Vrsta poroda	Min (day)/ Min (dan)	Max (day)/ Maks (dan)	Me	$\bar{x}$	s	SE	95% CI/ 95% IZ	t	p
VagDel	1.71	3.06	2.45	1.50	0.68	0.39	0.75±4.16	7.14	0.38
CesSec	3.78	4.38	4.05	3.20	0.30	0.17	3.29±4.80	8.01	0.21

Legend/Legenda: VagDel – vaginal delivery/vaginalni porod; CesSec – cesarean section/carski rez; Me – mediana/mediana; $\bar{x}$ – average/povprečje; s – standard deviation/standardni odklon; SE – standard error/standardna napaka; Min – minimal value/minimalna vrednost; Max – maximal value/maksimalna vrednost; CI – confidence interval/interval zaupanja; t – t test/t test; p – level of statistical significance/stopnja statistične značilnosti

extended length of stay was observed. In 2022, there were a total of 4971 deliveries, of which 2.34% were in COVID-19-positive women ($n = 116$), and 29.31% of caesarean sections. While the microbiology laboratory identified the smears as either positive or negative, the COVID-19 variant was not detected in the follow-up examinations of the patients.

Table 2 presents the results of a statistical analysis of the average length of stay in COVID-19-positive patients after delivery. With the occasional increase in the length of hospitalisation after vaginal delivery and after caesarean section following the emergence of the delta variant of COVID-19 in 2021, the mean length of hospital stay after vaginal delivery was approximately 1.5 days ($\bar{x} = 1.5$, $s = 0.68$), suggesting an association with the (un)successful pandemic-related reduction of the length of hospitalisation. The level of statistical significance considered was $p < 0.05$. We did not detect any statistically significant differences between the duration of hospitalisation after vaginal delivery and after caesarean section. Other data are presented in Table 2.

The delta variant of COVID-19 was discovered in 2021. Empirical observation detected moderate to severe disease symptoms and progression in some cases during treatment. The progression of COVID-19 exacerbation may be associated with physical exertion during vaginal delivery and physical activity after a caesarean section under general anaesthesia. With the detection of the COVID-19 virus in the antenatal period and the formulation of a treatment strategy for postnatal patients, a shorter length of stay was achieved in patients with a mild form of the disease. After delivery, the length of stay after a vaginal delivery or caesarean section was approximately equally distributed, according to the treatment doctrine. Table 2 shows a statistical analysis of the mean length of stay in COVID-19-positive patients after delivery compared to the length of stay in non-positive patients. With an increase in the length of stay after vaginal delivery and after caesarean section, the mean length of stay after vaginal delivery was 1.5 days ($\bar{x} = 1.5$, $s = 0.68$), suggesting a correlation with the pandemic-related failure to reduce the length of stay in hospital.

Discussion

The aim of our study was to determine the potential association between the length of stay after vaginal delivery and after caesarean section in the early postpartum period. In Slovenia, caesarean section rates have increased significantly in recent years and have stabilised at approximately 21% (Visić et al., 2021), with 31.16% (2020), 25.58% (2021) and 29.31% (2022) in COVID-19-positive patients. Despite an increase in caesarean section rates in each subsequent year of treatment of COVID-19-positive patients and

a shortened length of stay, we did not observe any readmissions. The guidelines for early postpartum discharge with appropriate planning and patient choice seem to be a safe and desirable practice, which is evolving into a new modality and standard of care for the future. The set of skills related to newborn care and recovery presented during hospitalisation provide a standard for effective and satisfactory treatment and recovery in the early postnatal period. Handley et al. (2021) found a causal relationship between shortened length of stay in healthy patients and newborns, readmission for jaundice in the newborn, and a decrease in the proportion of exclusive breastfeeding. Barbosa et al. (2022) mention fortnightly hospitalisations in critically ill patients and obesity as the most common causes of disease worsening. Flannery et al. (2022) found no major discrepancies, except in the treatment of symptomatic patients, where all patients with COVID-19 infection received oxygen.

As the results of this study showed no significant difference in the length of stay in the early postpartum period after vaginal delivery and after caesarean section in COVID-19 patients, hypothesis (H1) and hypothesis (H2) were rejected. In most cases, treatment was uneventful, and a mild form of the disease was observed in patients. Mother-newborn cohabitation was ensured throughout the treatment period, breastfeeding was encouraged even in case of COVID-19 infection, and health education counselling was provided. Both hypotheses can be answered by statistical calculations demonstrating prolonged length of stay in 2021 when the delta variant of COVID-19 emerged. However, we did not detect a statistically significant difference in the duration of hospitalisation in women after vaginal delivery ($p > 0.05$). On average, the length of stay after a caesarean section was longer than expected, but not longer than for standard treatment. Empirical observation of the nurses was also important when the length of stay and the associated increase in space constraints made it necessary to find alternative solutions. With the emergence of the delta variant of COVID-19, we also observed a more severe course of the disease, more difficult rehabilitation and poorer independent care of the newborn by the nursing staff. Nevertheless, skin-to-skin contact and breastfeeding were promoted.

Barbosa et al. (2022) report a longer length of stay in cases of a more severe course of illness lasting > 10 days; they also report several shorter hospitalisations < 24 hours, with dyspnoea, fatigue and fever cited as reasons for admission. As the average length of stay after vaginal delivery and caesarean section lasted longer than expected, some patients could not be discharged as planned after 36 hours after vaginal delivery and 48 hours after caesarean section due to medical complications arising from the COVID-19 infection. While their treatment took longer, we did not detect any major complications. Patients actively

participated in their treatment. Despite the measures in place at the time to prevent the spread of infectious diseases (cancellation of visits and partner attendance at delivery), we were able to maintain optimal treatment for both the patients and the newborns.

The third hypothesis (H3) was also rejected. In the studied population, we did not observe any case ($n = 0$) of a COVID-19 positive patient being readmitted after a vaginal delivery or caesarean section in order to shorten the length of stay. In the observed population, no readmissions were noted during the follow-up period, neither due to exacerbation of COVID-19 symptoms nor due to an early postpartum process (ovarian activity, lactation, effective breastfeeding, mastitis, infected surgical site) compared to the standard postnatal readmissions in a healthy population. The success of the treatment, especially for the nurses who contributed to its more efficient implementation, represents an opportunity to develop a modern approach to postnatal care in the future.

Semaan et al. (2022) report on the electronic information and communication technologies to deliver and support health care when its participants are separated by distance. This is a project in which a short hospital stay is provided and further treatment is transferred to the home environment with regular monitoring through various applications. Educational health interventions and the promotion of breastfeeding play an important role in the bonding between the mother and the newborn, as well as in successful adaptation in the early postnatal period (Višić, 2022). Due to the shorter length of hospital stay in COVID-19 positive patients, who were often (especially after the first delivery) exposed to stress and dilemmas about how their further recovery and care for the newborn would proceed at home, most of the involuntal processes took place in the home environment.

The study also has some limitations. The population studied included COVID-19-positive patients after vaginal delivery and after caesarean section in the early postnatal period. It would be interesting to investigate how the patients experienced the treatment during isolation. This approach represents a more personalised and effective treatment and will certainly reduce the number of unnecessary interventions in the early postnatal period. The development of a more effective, safer and optimised treatment is the result of a successful collaboration of a multidisciplinary team. The nursing staff adapted the delivery of nursing and educational interventions to reduce patients' length of stay in hospital, while the health education content ensured that no readmissions were recorded during postnatal treatment with COVID-19. Educational interventions on newborn care and breastfeeding help patients recognise their role as more independent and sovereign.

Conclusion

We successfully assessed the needs of COVID-19-positive patients and their newborns in a tertiary hospital. The results of the tailored treatment approach demonstrate a flexible and dynamic treatment method, resulting in a defined clinical pathway and work protocol. The useful information generated by our review of the results can provide a starting point for treatment planning during a pandemic. Recognising the fact that safe treatment leads to effective treatment, even at the expense of shorter hospital stays, a more robust approach to treatment during a pandemic should be developed that involves all health professionals.

Conflict of interest/Nasprotje interesov

The author declares that no conflict of interest exists./Avtor izjavlja, da ni nasprotja interesov.

Funding/Financiranje

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

Ethical approval/Etika raziskovanja

The tertiary hospital routinely collects data retrospectively to ensure the quality of perinatal care. The survey was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki-Tokyo (World Medical Association, 2013) and the existing Slovenian legal framework (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014; Univerza v Ljubljani, 2014)./Terciarna bolnišnica rutinsko retrospektivno zbira podatke za zagotavljanje kakovosti perinatalne oskrbe. Raziskava je bila izvedena z upoštevanjem načel Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in obstoječe slovenske pravne podlage (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi; Univerza v Ljubljani, 2014).

Literature

- Alves Mascarenhas, V. H., Caroci-Becker, A., Pereira Venancio, K. C. M., Girardi Baraldi, N., Caroci Durkin, A., & Gonzalez Riesco, M. L. (2020). Care recommendations for parturient and postpartum women and newborns during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28(2), Article e3359. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4596.3359> PMID:32785566; PMCID:PMC7417133
- Barbosa, R. N., Aparecida Braga, M., Braga Costa, B., & Amedee, F. J. (2022). Treatment of pregnant and early postpartum women with severe and critical COVID-19: Experience at a tertiary center. *European Journal of Medical Research*, 27(26), Article 269. <https://doi.org/10.1186/s40001-022-00907-5> PMID:36461042; PMCID:PMC9716514

- Darido, J., El Haddad, C., Diari, J., Grevoul Fesquet, J., Bouzid, N., Bobric, A., Lakhdara, N., Bazzi, Z., Lebis, C., Khadam, L., & Rigonnot, L. (2020). COVID-19 in pregnancy: Our experience at a tertiary maternity unit in France. *Clinical Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3(2), 54-64.
<https://doi.org/10.29328/journal.cjog.1001051>
- Elling, C., Rider Sleutel, M., Wells, J., Valdez, E., Walker, K., & Nguyen, T. (2022). Women's and nurses' perceptions of visitor restrictions after childbirth during the COVID-19 pandemic. *Clinical Evaluation & Improvement Childbearing*, 26(4), 278-287.
<https://doi.org/10.1016%2Fj.nwh.2022.05.002>
PMid:35697080; PMCID:PMC9187511
- Flannery, D., Zevallos Barboza, A., Pfeifer, M., Hudak, M., Barnette, K., Getzlaff, T., Ellington, S. R., Woodworth, K. R., Dhudasia, M. R., Mukhopadhyay, S., Weinberg, W. W., Foglia, E. E., & Puopolo, K. (2022). Perinatal COVID-19 maternal and neonatal outcomes at two academic birth hospitals. *Journal of Perinatology*, 42(2), 1338-1345.
<https://doi.org/10.1038/s41372-022-01446-x>
PMid:35778485; PMCID:PMC9247898
- George, E., Weiseth, A., & Edmonds, J. (2021). Roles and experiences of registered nurses on labor and delivery units in the United States during the COVID-19 pandemic. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 50(2), 742-752.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.08.096>
PMid:34474005; PMCID:PMC8387218
- Gomez, J., Wardell, D., Cron, S., & Hurst, N. (2022). Relationship between maternal COVID-19 infection and in-hospital exclusive breastfeeding for term newborns. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 51(5), 517-525.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2022.05.002>
PMid:35661652; PMCID:PMC9120128
- González-Gil, M.T., González-Blázquez, C., Parro-Moreno, A.I., Pedraz-Marcos, A., Palmar-Santos, A., Otero-García, L., Navarta-Sánchez, M. V., Alcolea-Cosín, M. T., Argüello-López, M. T., Canalejas-Pérez, C., Carrillo-Camacho, M. E., Casillas-Santana, M. L., Díaz-Martínez, M. L., García-González, A., García-Perea, E., Martínez-Marcos, M., Martínez-Martín, M. L., Palazuelos-Puerta, M. P., Sellán-Soto, C., & Oter-Quintana, C., (2021). Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive & Critical Care Nursing*, 62(2), Article 102966.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102966>
PMid:33172732; PMCID:PMC7598734
- Gupta, V., Yadav, Y., Sharma, R., Mishra, M., Ambedkar, D., & Gupta, V. (2022). Maternal and perinatal outcomes of hospitalized COVID-19 positive pregnant women. *Cureus*, 14(2), 1–6.
<https://doi.org/10.7759/cureus.21817>
PMid:35261836; PMCID:PMC8894144
- Handley, S., Gallagher, K., Breden, A., Lindgren, E., Lo, J., Son, M., Murosko, D., Dysart, K., Lorch, S. A., Greenspan, J., Culhane, J. F., & Burris, H. (2021). Birth hospital length of stay and rehospitalization during COVID-19. *Pediatrics*, 149(1), Article e2021053498.
<https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.655401>
PMid:34889449; PMCID:PMC9645693
- Kang, H., Son, Y., Kim, M. J., & Chae, A. M. (2021). Experiences of nurses caring for perinatal women and newborns during the COVID-19 pandemic: A descriptive qualitative study. *Nursing Open*, 8(6), 3358-3365.
<https://doi.org/10.1002/nop2.881>
PMid:33942555; PMCID:PMC8242804
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije. (2014). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kugelman, N., Toledano Hacohen, M., Karmakar, D., Segev, Y., Shalabna, E., Damti, A., Kedar, R., & Zilberlicht, A. (2021). Consequences of the COVID-19 pandemic on the postpartum course: Lessons learnt from a large-scale comparative study in a teaching hospital. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 153(2), 315-321.
<https://doi.org/10.1002/ijgo.13633>
PMid:33523481; PMCID:PMC9087621
- Lubbe, W., Niela-Vilen, H., Thomson, G., & Botha, E. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on breastfeeding support services and women's experiences of breastfeeding: A review. *International Journal of Womens Health*, 14(3), 1447-1457.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S342754>
PMid:36225180; PMCID:PMC9549794
- McClymont, E., Albert, A. Y., Alton, G. D., Boucoiran, I., Castillo, E., Fell, D. B., Kuret, V., Poliquin, V., Reeve, T., Scott, H., Sprague, A. E., Carson, G., Cassell, K., Crane, J., Elwood, C., Joynt, C., Murphy, P., Murphy-Kaulbeck, L., Saunders, S., ... for the CANCOVID-Preg Team. (2022). Association of sars-cov-2 infection during pregnancy with maternal and perinatal outcomes. *JAMA*, 327(20), 1983-1991.
<http://doi.org/10.1001/jama.2022.5906>
- Meaney, S., Leitao, S., Olander, E., Pope, J., & Matvienko-Sikar, K. (2022). The impact of COVID-19 on pregnant women's experiences and perceptions of antenatal maternity care, social support and stress-reduction strategies. *Women in Birth*, 35(3), 307-316.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.04.013>
PMid:33994134; PMCID:PMC9051126
- Ministrstvo za zdravje, Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu. (2024). *Kakovost zdravstvenega varstva*.
<https://www.gov.si teme/kakovost-zdravstvenega-varstva/>

- Panzer, A., Reed-Weston, A., Friedman, A., Goffman, D. & Wen, T. (2022). Expedited postpartum discharge during the COVID-19 pandemic and acute postpartum care utilization. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 9585-9592. <https://doi.org/10.1080/14767058.2022.2048815> PMID:35282750
- Semaan, A., Dey, T., Kikula, A., Asefa, A., Delvaux, T., Langlois, E., van den Akker, T., & Benova, L. (2022). "Separated during the first hours" - postnatal care for women and newborns during the COVID-19 pandemic: A mixed-methods cross-sectional study from a global online survey of maternal and newborn healthcare providers. *PLOS Global Public Health*, 2(4), Article e0000214. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000214> PMID:36962168; PMCID:PMC10022345
- Vila-Candel, R., Gonzalez Chorda, V., Soriano-Vidal, F. J., Castro-Sanchez, E., Rodriguez-Blanco, N., Gomez-Segui, A., Andreu-Pejó, L., Martínez-Porcar, C., Rodríguez González, C., Torrent-Ramos, P., & Mena-Tudela, D. (2022). Obstetric-neonatal care during birth and postpartum in symptomatic and asymptomatic women infected with SARS-CoV-2: A retrospective multicenter study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), Article 5482. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095482> PMID:35564880; PMCID:PMC9103978
- Villar, J., Ariff, S., Gunier, R., Thiruvengadam, R., Rauch, S., & Kholin, A. (2021). Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection. *JAMA Pediatrics*, 175(8), 817-826. <http://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1050> PMID:33885740; PMCID:PMC8063132
- Visic, U., Stopar Pintaric, T., Albrecht, T., Blajic, I., & Lucovnik, M. (2021). Multimodal stepwise analgesia for reducing opioid consumption after cesarean delivery. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 48(5), 1162-1166. <https://doi.org/10.31083/j.ceog4805186>
- Višić, U. (2022). Digitalizacija zdravstveno-vzgojnih vsebin šole za starše v času pandemije COVID-19. In T. Marčun & E. Dornik (Eds.), *Odločno digitalno za več zdravja: Kongres MI'2022: zbornik prispevkov in povzetkov, Ljubljana, November 2022* (pp. 79–80). Slovensko društvo za medicinsko informatiko.
- Wagner, M., Falcone, V., Neururer, S., Leitner, H., Delmarko, I., Kiss, H., Berger, A., & Farr, A. (2021). Perinatal and postpartum care during the COVID-19 pandemic: A nationwide cohort study. *Birth Issues in Perinatal Care*, 49(2), 243-252. <https://doi.org/10.1111/birt.12594> PMID:34617310; PMCID:PMC8653168
- Wood, K., Schmitz, A., & Bhoojhwon, G. (2022). Early discharge from a Newborn Nursery in the United States during the COVID-19 pandemic. *COVID*, 2(3), 379-388. <https://doi.org/10.3390/COVID2030026>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2024). *Kazalniki kakovosti*. <https://partner.zzzs.si/zdravstvene-storitve/kazalniki-kakovosti/>

Cite as/Citirajte kot:

Višić, U. (2024). Comparison of reduced hospital stays and readmission rates among antenatal COVID-19-positive patients: A retrospective cohort study. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(4), 245–251. <https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.4.3254>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Izkušnje z učnimi delavnicami za uvedbo naprednega procesa zdravstvene nege v klinično prakso: kvalitativna raziskava

Implementing the advanced nursing process into clinical practice: A qualitative study of workshops experience

Maja Klančnik Gruden^{1, 2, *}, Andreja Mihelič Zajec³, Doroteja Rebec⁴, Anja Novak⁵, Matejka Pintar Babič⁶, Tamara Lubi^{7, 8}, Tanja Podlipnik⁹, Maja Medvešček Smrekar¹⁰

Ključne besede: akutna obravnava; izkušnje; izobraževanje; medicinska sestre; standardiziran jezik

Key words: acute care; education; experiences; nurses; standardized language

¹ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, Slovenija

² Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

³ Univerza v Ljubljani, Zdravstvena Fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenija

⁴ Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

⁵ Splošna bolnišnica Jesenice, Cesta maršala Tita 112, 4270 Jesenice, Slovenija

⁶ Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Grablovičeva 44a, 1000 Ljubljana, Slovenija

⁷ Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Ulica talcev 9, 2000 Maribor, Slovenija

⁸ Fakulteta za zdravstvene in socialne vede Slovenj Gradec, Gosposvetska cesta 4, 2380 Slovenj Gradec, Slovenija

⁹ Zdravstveni dom Kranj, Gosposvetska ulica 10, 4000 Kranj, Slovenija

¹⁰ Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
maja.klancnik@kclj.si



IZVLEČEK

Uvod: Uporaba naprednega procesa zdravstvene nege predstavlja za medicinske sestre v praksi velik izziv, zato so bile za njih organizirane učne delavnice za uvedbo standardiziranih jezikov zdravstvene nege. Namen raziskave je bil ugotoviti izkušnje medicinskih sester z izvedenim izobraževanjem.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna deskriptivna metoda. Instrument za zbiranje podatkov je bil evalvacijski list s tremi odprtimi vprašanji. V priložnostni vzorec je bilo vključenih 160 medicinskih sester, ki so se udeležile serije učnih delavnic v letih 2020 in 2021. Kvalitativna analiza zapisov je bila izvedena s tematsko mrežo.

Rezultati: Na osnovi analize zapisov je bilo oblikovano tematsko omrežje »izkušnje udeležencev z učno delavnico« z dvema skupnima temama: »izvedba učne delavnice« in »uporaba v praksi«. V okviru prve skupne teme so bile izkušnje udeležencev večinoma pozitivne, negativno je bilo ocenjeno le gradivo. V okviru druge skupne teme so prevladovali predlogi za uvedbo naprednega procesa zdravstvene nege v prakso, negativne izkušnje so se nanašale na zahtevnost vsebine, pozitivne pa na vpogled v znanja prihodnosti.

Diskusija in zaključek: Udeleženci učnih delavnic so bili v večini zadovoljni z izvedbo učnih delavnic za uvedbo naprednega procesa zdravstvene nege, hkrati so izrazili tudi skrb o utemeljenosti uvajanja standardiziranega jezika v prakso v trenutni okoliščini pomanjkanja medicinskih sester. Nadaljevati je treba s sistematičnim formalnim, kot tudi neformalnim izobraževanjem medicinskih sester, ki delujejo v klinični praksi, pri čemer je za doseganje večjega učinka in večje motiviranosti treba uporabiti udeležencem prilagojene načine izobraževanja.

ABSTRACT

Introduction: To address the challenges that the advanced nursing process poses to nurses working in clinical practice, workshops were organised to familiarise them with standardised nursing languages. The aim of this study was to explore nurses' experience of these workshops.

Methods: The study utilised a qualitative approach with a descriptive research design. An evaluation questionnaire with three open-ended questions was used for data collection. The study was conducted on a convenience sample of 160 nurses who had participated in the training workshops in 2020 and 2021. A qualitative analysis of the transcripts was conducted using a thematic network.

Results: Based on the analysis of the transcripts, a thematic network of participants' experiences of the training workshop was created with two common themes: (1) the implementation of the workshop, and (2) the practical application. Within the first common theme, the participants' perceptions were mostly positive, with the exception of those related to the workshop materials. Within the second common theme, suggestions for putting the advanced nursing process into practice were the most common, followed by negative experiences related to the complexity of the content, and positive experiences related to insight into future knowledge.

Discussion and conclusion: While the majority of participants were satisfied with the workshops, they also expressed concern about the appropriateness of introducing standardised language into practice in the current situation of nursing shortage. It is necessary to continue implementing systematic formal as well as informal training of nurses working in clinical practice, using training methods adapted to the participants, in order to achieve greater impact and higher motivation.

Uvod

Proces zdravstvene nege je bil v slovensko zdravstveno nego vpeljan pred približno štirimi desetletji, natančneje v izobraževalni program za zdravstveno nego leta 1985 (Kavalič & Hajdinjak, 1985) kot eden od elementov sodobne zdravstvene nege, ki je nakazoval in omogočal razvoj področja v smeri večje profesionalne avtonomije slovenskih medicinskih sester (Hajdinjak, 1999). Z izdajo prevoda knjige *Negovalne diagnoze – priročnik* (Gordon, 2003) v slovenski jezik je zdravstvena nega pri nas dobila standardiziran jezik za postavljanje negovalnih diagnoz (Klančnik Gruden et al., 2022). Naslednji pomemben mejnik v uvajanju negovalnih diagnoz se je zgodil s prevodom klasifikacije negovalnih diagnoz *NANDA-International (NANDA-I)* (deseta in enajsta angleška izdaja) (Herdman & Kamitsuru, 2017, 2019), s čimer smo pridobili mednarodno priznan standardiziran jezik. V letu 2024 je izšel tudi prevod *Klasifikacije intervencij zdravstvene nege* (angl. *Nursing Intervention Classification [NIC]*) (Butcher et al., 2018) in v pripravi je prevod izidov zdravstvene nege (angl. *Nursing Outcomes Classification [NOC]*) (Moorhead et al., 2018). S tem bo slovenska zdravstvena nega pridobila orodja v obliki standardiziranih jezikov. Standardiziran jezik je sprejet strokovni jezik, ki se oblikuje na podlagi konsenza strokovnjakov ali poklicnih združenj (Campbell & Bogliatto, 2016). Ameriško združenje medicinskih sester (angl. *American Nurses Association [ANA]*) je odobrilo trinajst standardiziranih jezikov zdravstvene nege (Ruthenford, 2008). Med temi so globalno najpogostejše uporabljeni jeziki *NANDA-I*, *NIC* in *NOC* (Oreofe & Oyenike, 2018), poznani tudi kot *NNN* (Camargo-Figuera et al., 2021), pri čemer kratice *NNN* sestavljajo začetnice prej omenjenih imen standardiziranih jezikov za negovalne diagnoze, izide in intervencije zdravstvene nege. Proces zdravstvene nege, ki temelji na standardiziranih in z dokazi podprtih konceptih, vključenih v *NNN*, se imenuje napredni proces zdravstvene nege (Leoni-Schreiber et al., 2019a, 2019c).

Pravilno izvajanje procesa zdravstvene nege lahko izboljša kakovost zdravstvene nege in vpliva na izide zdravstvene oskrbe, varnost pacientov, stroškovno učinkovitost in skrajša povprečno ležalno dobo, prav tako izboljša zadovoljstvo pacientov in medicinskih sester (Asmirajanti et al., 2019). Obenem je skladnost med negovalnimi diagnozami, izidi in negovalnimi intervencijami tudi pokazatelj usposobljenosti medicinske sestre za sprejemanje kliničnih odločitev v povezavi z zdravstveno nego (Leoni-Schreiber et al., 2019b; Müller-Staub et al., 2009).

Pri učenju medicinskih sester, kako uporabljati standardiziran jezik in napredno obliko procesa zdravstvene nege, so se po ugotovitvah Melo et al. (2018) kot učinkovite učne strategije izkazale: vodenje pri kliničnem sklepanju, praktično usmerjanje pri reševanju primera, klasična diskusija, študijske skupine oziroma delavnice, predstavitev teoretičnih in

praktičnih vsebin, uporaba kliničnih primerov iz prakse ali uporaba izmišljenih primerov. Učne delavnice so tudi ena od oblik neformalnega izobraževanja odraslih, ki so pogosto usmerjene v pridobitev specifičnega znanja (Zupanc Grom, 2013). Pri izvedbi delavnice lahko moderatorji uporabijo različne načine (Ozkaynak et al., 2021) z vključevanjem različnih učnih strategij.

V okviru Delovne skupine za negovalne diagnoze *SLONDA* pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije smo v eni od splošnih bolnišnic v Sloveniji za uvedbo kliničnega informacijskega sistema izvedli izobraževanje medicinskih sester za področje uporabe klasifikacij *NNN*.

Namen in cilji

Želeli smo ugotoviti izkušnje medicinskih sester z izvedenimi učnimi delavnicami iz naprednega procesa zdravstvene nege, ki vključuje uporabo standardiziranih jezikov zdravstvene nege v regionalni splošni bolnišnici v Sloveniji. Cilji so bili opisati pozitivne in negativne izkušnje udeležencev z učno delavnico ter pridobiti mogoče predloge izboljšav izvedbe učne delavnice.

Metode

Uporabljena je bila kvalitativna deskriptivna metoda dela.

Opis instrumenta

Kot instrument za zbiranje podatkov smo uporabili evalvacijski list v papirnati obliki s tremi odprtimi vprašanji: Katere so bile za vas pozitivne izkušnje na delavnici?, Katere so bile za vas negativne izkušnje na delavnici? in Kakšni so vaši predlogi glede prihodnjih delavnic?.

Gre za delno strukturiran vprašalnik z odprtim tipom vprašanj, ki je bil oblikovan namensko za ovrednotenje izvedenih delavnic udeležencev samih. Odprta vprašanja v delno strukturiranem vprašalniku so okvirna in zaradi tega usmerjajo razmišljanje udeležencev raziskave v predmet raziskave (Howitt & Cramer, 2014), vendar na način, ki še vseeno omogoča in spodbuja svobodo v razmišljanju in izražanju o proučevani vsebini (Polit & Beck, 2017). Vprašalnik so udeleženci raziskave izpolnili v pisni obliki.

Opis vzorca

V priložnostni vzorec so bili vključeni izvajalci zdravstvene nege zaposleni v bolnišnici, ki je načrtovala uvedbo novega informacijskega sistema (vključno s kliničnim informacijskim sistemom zdravstvene nege). Vključena bolnišnica opravlja zdravstvene

storitve na sekundarni ravni, in sicer specialistično ambulantno in specialistično bolnišnično dejavnost. Pogoja za izpolnjevanje evalvacijskega lista sta bila udeležba na učni delavnici in pripravljenost za izpolnitev evalvacijskega lista.

Neposredno po vsaki končani učni delavnici so vse udeležence izvajalci delavnice ustno zaprosili za sodelovanje v raziskavi. Skupno na vseh delavnicah je bilo razdeljenih 220, vrnjenih pa 160 evalvacijskih listov (72,2 % realizacija vzorca). Rešene evalvacijske liste so udeleženci prepognili in odložili na za to določeno mesto na mizi ob izhodu iz prostora, v katerem je potekala učna delavnica. Vsi evalvacijski listi so bili veljavni in vključeni v analizo.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pri izvedbi raziskave je bil upoštevan etični vidik raziskovanja. Pred izvedbo raziskave je bilo pridobljeno ustno soglasje vodstva bolnišnice. Vsi udeleženci so bili ob izročitvi evalvacijskega lista seznanjeni, da je sodelovanje v raziskavi prostovoljno in anonimno.

Podatki so bili zbrani v okviru serije začetnih in nadaljevalnih učnih delavnic o uporabi klasifikacij NNN, ki so bile izvedene za izobraževanje za uporabo standardiziranih jezikov zdravstvene nege ob načrtovanju novega kliničnega informacijskega sistema. Izobraževanje je bilo organizirano v obliki začetnih in nadaljevalnih učnih delavnic. Posamezno delavnico sta vodili dve članici SLONDA z najmanj univerzitetno izobrazbo, pri čemer je bilo upoštevano, da je ena zaposlena v praksi (klinično okolje) in druga na visokošolski izobraževalni ustanovi, da bi zagotovili znanje in izkušnje tako iz kliničnega kot izobraževalnega okolja stroke zdravstvene nege.

Delavnice so se izvajale od junija do avgusta 2020 in od junija do septembra 2021. V letu 2020 so se izvajale začetne delavnice o uporabi negovalnih diagnoz NANDA-I, v letu 2021 pa so bile te nadgrajene z vsebinami uporabe klasifikacij NOC in NIC. Skupno je bilo izvedenih dvaindvajset delavnic (enajst začetnih in enajst nadaljevalnih). Posamezna delavnica je trajala tri ure in je vključevala do največ petnajst udeležencev. Termini za izvedbo vseh delavnic so bili organizirani na osnovi predlogov vodstva bolnišnice.

Začetna delavnica z naslovom »Uporaba negovalnih diagnoz NANDA-I v praksi« je vsebovala teoretični del v trajanju 60 min, in sicer za ponovitev vsebin procesa zdravstvene nege (interaktivni pristop) in predstavitev (frontalni pristop) taksonomije iz knjige *Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija 2018–2020* (Herdman & Kamitsuru, 2019). Poudarek je bil na strukturi taksonomije NANDA-I in korakih postavljanja negovalnih diagnoz. Sledila je predstavitev namišljenega scenarija pacienta iz klinične prakse, na osnovi katerega so udeleženci v manjših podskupinah (do pet) uporabili teoretično znanje. Koordinatorici posamezne delavnice sta udeležence med reševanjem

primera usmerjali in pojasnjevali dileme. Na koncu so bile podskupine združene in organizirana je bila odprta diskusija o postavljenih negovalnih diagnozah in argumentih o njihovi postavitvi.

Zaradi ukrepov epidemije covid-19 smo teoretični del nadaljevalnih delavnic izvedli po spletu v treh ponovitvah (junij, avgust, september) leta 2021. V teoretičnem delu nadaljevalne delavnice smo povzeli vsebine z začetne delavnice (proces zdravstvene nege s poudarkom na diagnosticiranju in uporabi negovalnih diagnoz NANDA-I). Nato smo predstavili uporabo klasifikacij NOC (Moorhead et al., 2018) in NIC (Butcher et al., 2018). Sledila je predstavitev praktičnega primera z uporabo standardiziranih jezikov NNN. Po izvedbi spletnega teoretičnega dela smo nadaljevali z izvedbo praktičnega dela nadaljevalnih delavnic na kraju bolnišnice. Udeleženci vsake delavnice so se razporedili v podskupine do pet oseb. Vsaka podskupina je dobila nalogo, da iz scenarija pacientove zgodbe (negovalna anamneza in ocena stanja), vzete iz njihovega kliničnega okolja (na pobudo udeležencev), postavi negovalne diagnoze NANDA-I. Temu je sledila odprta razprava o vseh postavljenih negovalnih diagnozah tekom skupinskega dela. Pravilno postavljene negovalne diagnoze so predstavljale izhodišče za nadaljnje delo v podskupinah, ki je vključevalo dve dejanji: postavitev negovalnih izidov NOC in načrtovanje negovalnih intervencij NIC. Po postavitvi negovalnih izidov in negovalnih intervencij smo podskupine združili in organizirali odprto razpravo o izboru izidov in intervencij ter argumentirali rešitve.

Za udeležence delavnic smo pripravili pisna gradiva v obliki izročkov, ki so se vsebinsko nanašala na teoretični del delavnic in učne dokumentacijske obrazce za pomoč pri postavljanju negovalnih diagnoz, izidov in intervencij v praktičnem delu delavnic. Vsi udeleženci so imeli v fizični obliki na razpolago prevod knjige *NANDA-I 2018–2021* in delovne izvode prevodov klasifikacij NOC in NIC.

Od udeležencev učnih delavnic smo zbrali 160 izpolnjenih evalvacijskih listov. Vse zapise, zbrane na evalvacijskih listih, smo dobesedno prepisali in vnesli v program Microsoft Excel 2019, v katerem je potekala nadaljnja analiza. Podatki so bili analizirani z orodjem tematska mreža po Attride-Stirlingu (2001). Proces analize je potekal v šestih korakih: kodiranje besedila, opredelitev tem, izdelava tematske mreže, opis in raziskava mreže, povzetek tematske mreže in interpretacija vzorca (Attride-Stirling, 2001; Roblek, 2009). Proces kodiranja besedila je potekal v skladu z omenjenimi šestimi koraki: vsaka pomenska enota je dobila svojo kodo, sledilo je kodiranje dveh raziskovalk, ki sta kode nato primerjali in združevali v osnovne, organizirane in skupne teme ter pripravili predlog tematske mreže. Tega so nato analizirali, raziskovali in interpretirali vsi avtorji raziskave do sprejetja končne različice tematske mreže.

Veljavnost (angl. *credibility*) in zanesljivost (angl. *dependability*) smo zagotovili z natančnim opisom postopka pridobivanja in analize podatkov. Preverljivost (angl. *confirmability*) smo zagotovili s tem, da sta podatke vzporedno kodirala dva raziskovalca, prenosljivost (angl. *transferability*) pa s tem, da smo podrobno opisali rezultate raziskave, ter z navedbo dobesednih navedkov, ki potrjujejo interpretacijo rezultatov.

Rezultati

Na osnovi kvalitativne analize odgovorov smo dobili tematsko omrežje »izkušnje udeležencev z učno delavnico«. Slika 1 prikazuje tematsko omrežje z dvema skupnima temama: »izvedba učne delavnice« in »uporaba v praksi«. Vse zapise smo kodirali. V prvem koraku smo na osnovi kod oblikovali 128 osnovnih tem. V nadaljevanju smo jih združili v štirinajst organiziranih tem in na koncu v dve skupni temi. Za prikaz organiziranih tem smo na Sliki 1 uporabili geometrijske like, pri čemer krog predstavlja pozitivne izkušnje, kvadrat negativne izkušnje, peterkotnik pa predloge.

Izvedba učne delavnice

Znotraj skupne teme *izvedba učne delavnice* se je izluščilo devet organiziranih tem, in sicer podajanje vsebin, predavatelj, trajanje delavnice, stopnjevanje delavnice, oblika delavnice, pogoji dela, struktura delavnice, gradivo in celostna izkušnja.

Tema *"podajanje vsebin"* je bila zelo obsežna. Večina odgovorov je bila pozitivnih, bilo pa je tudi nekaj negativnih odgovorov in nekaj predlogov.

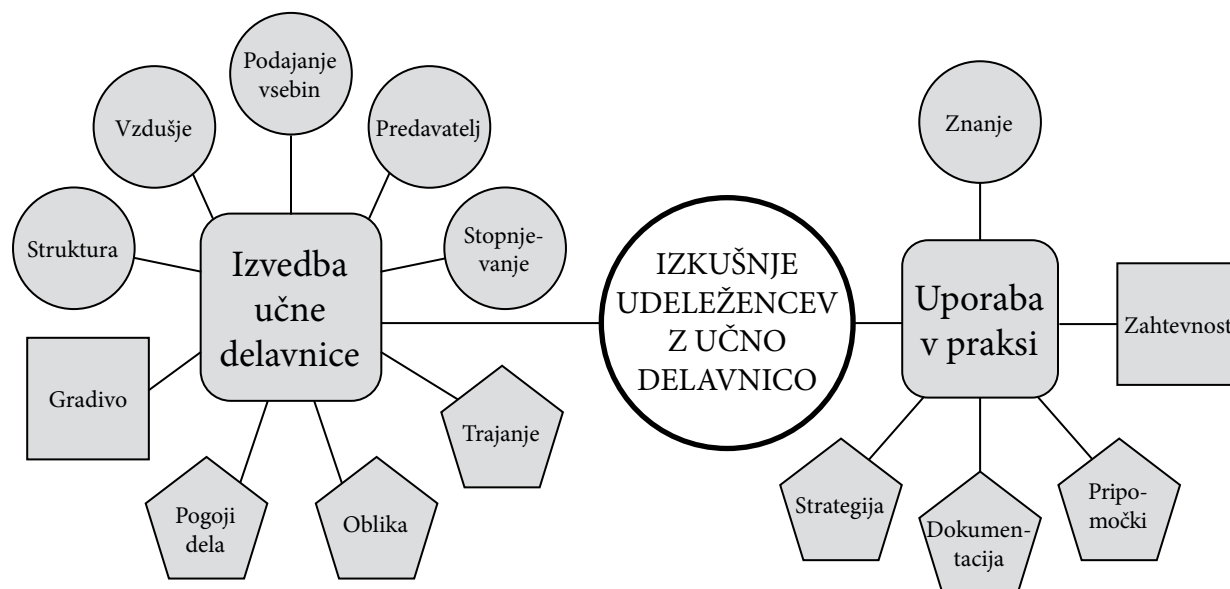
Večina udeležencev je menila, da je bilo podajanje kakovostno in strokovno: »Profesionalno predavanje.« (5O-3), razumljivo, v ustreznem tempu in nazorno: »Lepo razložena teorija in praksa.« (4O-1), izčrpno in tudi individualno razloženo: »Skoraj individualno delo z udeleženci predavanja ...« (9O-2). Kot negativno so udeleženci poudarili, da teorija ni bila najbolj zanimiva: »Teorija je bila bolj dolgočasna.« (8N-3). Med predlogi so navedli, da bi si želeli skupinam prilagojene primere glede na klinična okolja, da bi se standardizirane jezike razlagalo sočasno ob uporabi knjig: »Razlaganje s knjigami sproti.« (8N-3) in bi v nadaljevalni delavnici združili teoretični in praktični del: »Teorija + praksa skupaj.« (8N-3).

V okviru teme *"predavatelj"* so bili vsi odgovori pozitivni. Udeleženci so poudarili, da so bili predavatelji dobro pripravljeni: »Na kratko povedano, velik trud predavateljic s tako obsežno temo.« (8N-4), zanimivi, simpatični, dostopni in razumevajoči: »Razumevanje s strani predavateljic, da nismo vsi imeli predznanja.« (8N-1).

V okviru teme *"trajanje delavnice"* so udeleženci poudarili tako pozitivna kot negativna mnenja ter tudi podali predloge. Želeli bi si več krajših srečanj: »Morda več delavnic, da se naučimo uporabljati, pravilno postavljati negovalne diagnoze.« (9O-4), ponovitev oziroma podaljšanja delavnice: »Večdnevno izobraževanje v skupini na različnih primerih.« (8O-8).

V okviru teme *"stopnjevanje delavnice"* so udeleženci pohvalili nadgradnjo začetne učne delavnice z nadaljevalno: »Druga delavnica (je bila) intenzivnejša; lažje smo osvojili podano znanje.« (3N-3). Negativnih mnenj ni bilo.

V okviru teme *"oblika delavnice"* so udeleženci podali predloge in negativna mnenja. Želeli bi si, da bi bil



Slika 1: Tematsko omrežje – izkušnje udeležencev z učno delavnico

Figure 1: Thematic network - participants' experience of the workshop

tudi teoretični del nadaljevalne delavnice predstavljen v živo: »Predstavitev teoretičnega dela v živo, ne prek zooma.« (6O-6), kar je bilo poudarjeno tudi kot negativno mnenje. Prav tako so negativno ocenili, da je bil teoretični del nadaljevalne delavnice ločeno predstavljen od praktičnega. Obenem so predlagali, da bi v okviru učne delavnice postavljanje negovalnih diagnoz vadili neposredno v informacijskem sistemu in ne na papirnatih obrazcih: »Opravljanje delavnice v elektronski obliki za lažjo in realno predstavo.« (10N-4).

V okviru teme "pogoji dela" so udeleženci izpostavili pozitivna mnenja in predloge. Pohvalili so prostor in čas izvedbe učne delavnice: »Ustrezen prostor« (10O-8) in »ustrezen čas« (10O-8). Med predlogi so navedli, da bi si želeli izvedbo delavnice v dopoldanskem času: »Predavanje v dopoldanskem času, ne po delovnem dnevu.« (2O-11).

V okviru teme "struktura delavnice" so udeleženci izpostavili večinsko pozitivna mnenja, nekaj pa tudi negativnih in predlogov. Pohvalili so sestavo teorije in prakse: »Všeč mi je bilo, da je bila (na začetku) razložena teorija, potem pa smo po skupinah sami poizkusili (postaviti negovalne diagnoze).« (6O-4), delo na primeru, skupinsko delo in skupno evalvacijo rezultatov. Negativno mnenje se je nanašalo na časovno razmerje med teoretičnim in praktičnim delom: »Predolg teoretični del.« (8N-10) ter na število predstavljenih primerov, kar je bilo razvidno tudi iz predlogov: »Več praktičnih primerov.« (6O-3); poudarili so tudi predlog, da bi bilo med skupinami več diskusije: »Več argumentiranja, pogovora med skupinama.« (4N-9).

V okviru teme "gradivo" so bila mnenja udeležencev večinsko negativna, predvsem zato, ker je bilo gradivo preobsežno in preveč razčlenjeno: »Preveč literature (alinej). Oseba se hitro zmede med iskanjem.« (8N-2) in da je vsebovalo ponavljajoče se izraze: »Določeni izrazi se ponavljajo za isto stvar in pomen.« (3O-2). Predlagali so tudi, da bi se gradivo poslalo vnaprej za lažjo pripravo na učno delavnico: »Gradivo (poslati) vnaprej.« (7O-3).

V okviru teme "celostna izkušnja" so bila mnenja udeležencev večinsko pozitivna. Nanašala so se na skupno oceno učne delavnice: »Delavnica (je bila) kvalitetno pripravljena.« (3N-7) in: »Zelo mi je bilo (všeč), da je bila delavnica interaktivna.« (1N-7).

Uporaba v praksi

Znotraj skupne teme "uporaba v praksi" se je izluščilo šest organiziranih tem, in sicer znanje, zahtevnost vsebine, dokumentacija, strategija razvoja, pripomočki.

V okviru teme "znanje" so udeleženci izpostavili predvsem pozitivna mnenja, ki so se nanašala na ponovitev že usvojenega znanja: »Dobro v smislu ponovitve znanj o negovalnih diagnozah.« (2O-3), pridobitev novega znanja: »... nova znanja (NIC,

NOC)« (8O-7) in vpogled v znanje prihodnosti: »Dobili smo vpogled v stvari, ki jih bomo delali v prihodnosti.« (10N-3).

V okviru teme "zahtevnost vsebine" so bili odgovori večinsko negativni, dobili smo tudi predloge. Udeleženci so navedli, da je bila predstavljena snov vsebinsko in časovno zahtevna za uporabo v praksi: »Zgleda precej zapleteno.« (6N-5); »potrebno še dosti uvajanja in ponavljanja za nas začetnike« (6O-2), predvsem ob hudem pomanjkanju časa in kadra: »Nezmožnost uporabe vsega predlaganega, zaradi kroničnega pomanjkanja kadra.« (2N-8).

V okviru teme "dokumentacija" so udeleženci izpostavili predvsem predloge in nekaj negativnih mnenj. Menili so, da je dokumentacija preobsežna: »Dosti papirologije.« (6N-2) in predlagali uvedbo elektronske dokumentacije zdravstvene nege: »Elektronska rešitev.« (1O-2), ki bi bila poenotena na državni ravni: »Dokler ne bo na državni ravni urejen vsaj program za (vođenje) NANDA diagnoz.« (10O-9), vnaprej pripravljene predloge negovalnih diagnoz, izidov in intervencij glede na specifično oddelka ter uporabo omejenega števila negovalnih diagnoz, izidov in intervencij na začetku: »Predlagam, da se prilagodi (negovalne diagnoze, izide in intervencije) v novem informacijskem sistemu glede na oddelke – omejitev podatkov za hitrejšo delo v praksi.« (6N-1).

V okviru teme "strategija razvoja" so udeleženci izrazili predvsem predloge, ki so se nanašali na premislek o smiselnosti izvajanja procesa zdravstvene nege v praksi: »Lepo je, da smo prvi, ki smo to sprejeli. Vendar menim, da bi bilo smiselno še enkrat dobro premisliti, ali je to potrebno. In kaj bomo imeli zdravstveni delavci ter predvsem pacienti od tega.« (6N-5) ter ureditev stanja kadra zdravstvene nege, saj izvajanje naprednega procesa zdravstvene nege zahteva dodatni čas: »Najprej zaposliti in izboljšati trenutno stanje (kadra) v zdravstvu in ga nato nadgrajevati!« (6N-6).

V okviru teme "pripomočki" so udeleženci navedli nekaj predlogov, ki bi jim pomagali pri delu v praksi, npr. večja dostopnost knjig – Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija 2018-2020 (Herdman & Kamitsuru, 2019) – na oddelku: »Več priročnikov – vsak svojega.« (8N-1), izdelava navodil: »Dodatni miselni vzorci, neka mapa oz. napotki za reševanje primerov.« (9O-1) in plakatov: »Izdelava plakata za NOC in NIC.« (8N-6).

Diskusija

Z namenom uvedbe naprednega procesa zdravstvene nege in standardiziranih jezikov NNN v klinično prakso smo izvedli učne delavnice za medicinske sestre. Tematska analiza vsebine odgovorov udeležencev je podala dve skupni temi: izvedba učne delavnice in uporaba v praksi z izraženimi pozitivnimi in negativnimi izkušnjami ter predlogi. V okviru

skupne teme *izvedba učne delavnice* so se pozitivne izkušnje nanašale predvsem na teme podajanje vsebin, predavatelje, stopnjevanje in strukturo učne delavnice ter na vzdušje. Udeleženci so navedli, da je bilo podajanje vsebin strokovno, razumljivo in izčrpno, da so bili predavatelji dobro pripravljeni in jim je bila vseč kombinacija teorije in prakse ter postopnost podajanja novosti na način stopnjevanja zahtevnosti vsebin. Pozitivno so ocenili skupinsko delo in delo s praktičnim primerom ter evalvacijo rezultatov v obliki diskusije. Celotno delavnico oziroma vzdušje so označili kot pozitivno. Tudi drugi avtorji ugotavljajo, da so učne delavnice učinkovita oblika izobraževanja in raziskovanja (Ozkaynak et al., 2021) in prispevajo k večji motivaciji za doseganje zelenih ciljev (Papež, 2017). K pozitivnim izidom pomembno prispeva tudi vzdušje oziroma počutje udeležencev učne delavnice (Ozkaynak et al., 2021; Papež, 2017), h kateremu pomembno prispeva usposobljenost moderatorjev (O'Sullivan & Irby, 2021). Posamezni udeleženci so sicer kot negativno izpostavili, da je bil teoretični del manj zanimiv ter preobsežen. V predlogih so tudi izrazili, da bi si želeli več diskusije in več primerov, ki bi se vezali na njihovo specialno delovno okolje. V delavnici je bil v zadnjem delu določen poseben čas za diskusijo, ki je bil večinsko zelo pester. O pomenu diskusije pišejo tudi Blažun et al. (2013), ki so v svoji raziskavi pri izobraževanju starejših ugotovili signifikantno povezavo med količino diskusije in motivacijo za sodelovanje v izobraževalnem procesu.

Drugi predlogi so se nanašali predvsem na pogoje dela ter na trajanje in obliko učne delavnice. Posamezni udeleženci so sicer pohvalili prostor in čas izvedbe delavnice, drugi pa so predlagali, da bi imeli zaradi večje zbranosti delavnico raje v dopoldanskem času oziroma v dnevnu, ko niso vključeni v delovni proces. Predlagali so tudi, da bi imeli več krajših srečanj in več ponovitev za utrditev naučenega, da bi bilo predavanje predstavljeno v živo (ne po spletu) in bi bil med teorijo in praktičnim delom delavnice časovni razmik krajši ali ga sploh ne bi bilo. Med teoretičnim delom in praktično izvedbo nadaljevalne učne delavnice je namreč nastala časovna vrzel od 14 dni do 60 dni zaradi takratne epidemiološke okoliščine v Sloveniji, ki ni dovoljevala združevanja ljudi v velike skupine. Z ločitvijo teoretičnega dela smo vplivali na povečanje časa za praktični del učne delavnice. Udeleženci so si tudi želeli, da bi izvedba delavnice potekala neposredno v kliničnem informacijskem sistemu zdravstvene nege (ki je še v pripravi), kot naj bi dokumentiranje potekalo tudi v prihodnosti v neposredni praksi.

Negativne izkušnje so se nanašale predvsem na gradivo. Udeleženci so menili, da je bilo to preveč obsežno in preveč razčlenjeno. Prav tako so si tudi želeli, da bi bilo gradivo poslano vnaprej. V okviru nadaljevalne delavnice so bili udeležencem na razpolago testni prevodi klasifikacij NIC in NOC, ki so bili zelo obsežni in nepraktični za samo uporabo,

saj uradni prevodi še niso bili razpoložljivi. O pomenu izbire ustrezne količine materiala za uporabo v učni delavnici pišejo tudi Blažun et al. (2013), ki poudarjajo, da tega ne sme biti preveč.

V okviru teme *uporaba v praksi* so se pozitivne izkušnje nanašale večinsko na temo *znanje*. Kot pozitivno so udeleženci navedli, da gre za ponovitev oziroma usvojitev novega znanja ter vpogled v znanje prihodnosti. Opisane učne delavnice so v bolnišnici potekale v okviru projekta uvedbe novega kliničnega informacijskega sistema, ki bi razen poslovnih procesov podpiral tudi klinični del zdravstvene dokumentacije. Udeleženci so bili s projektom seznanjeni, kar je vplivalo na večjo motivacijo za učenje ter navdušenosti nad vpogledom v »znanje prihodnosti«. Podobno so v svoji raziskavi potrdili tudi Blažun et al. (2013).

Negativne izkušnje so se večinsko nanašale na temo *zahtevnost vsebine*. Menili so, da je snov vsebinsko in časovno prezahtevna za uporabo v praksi zaradi trenutnega pomanjkanja kadra v zdravstveni negi. Negativno so ocenili tudi povečanje vsebine dokumentacije, ki bi posledično sledil uvedbi spremembe. Ob tem so poudarili dilemo o smiselnosti uvajanja novosti v trenutni okoliščini zaradi pomanjkanja kadra, kar bi bilo po njihovem mnenju treba predhodno urediti. Po mnenju Patiraki et al. (2017) je pomanjkljivo znanje in negativen odnos medicinskih sester do procesne metode dela in načina dokumentiranja treba podpreti z izobraževanjem o standardiziranih jezikih. Leoni-Schreiber et al. (2019c) menijo, da ko imajo medicinske sestre težave z natančnostjo pri dokumentiranju, potem tudi proces zdravstvene nege, ki gradi na standardiziranih jezikih, dojemajo kot zahteven in težaven.

Pri procesu zdravstvene nege gre v osnovnem bistvu za linearen model sklepanja in odločanja, ki postane interaktiven v realni klinični situaciji, kar pomeni, da mora medicinska sestra/študent zdravstvene nege neprestano namenjati pozornost morebitnim spremembam stanja pacienta in okoliščin ter se nanje odzivati (Alfaro-LeFevre, 2020) oziroma stalno preverjati diagnostične hipoteze (Bruylands et al., 2013). Isti način razmišljanja in delovanja se dogaja, tudi ko uporabljamo standardizirane jezike v naprednem procesu zdravstvene nege. To večkratno in ponavljajoče se razmišljanje o pacientovem stanju, izidih in negovalnih intervencijah je za študente zdravstvene nege zahtevno, medicinske sestre v praksi pa ga doživljajo kot (pre)veliko porabo časa.

Glede na ugotovitve analize so razumljivi tudi predlogi, ki so se nanašali na teme dokumentacija, strategija in pripomočki. Udeleženci so predlagali uvedbo elektronske rešitve, vnaprej pripravljene standardizirane negovalne načrte in omejitev števila obravnavanih negovalnih problemov/diagnoz na začetku. Zmanjšanje porabe časa lahko dosežemo z elektronsko podporo (Melo et al., 2018), predpogoj

za elektronsko dokumentiranje procesne metode dela je dobro poznavanje in razumevanje ter redna uporaba standardiziranih jezikov v praksi (Bruylands et al., 2013). In ker je zdravstvena nega v svojem bistvu osredinjena v pacienta in njegove izide, potem je po mnenju Oreofe & Oyenike (2018) ravno uporaba standardiziranih jezikov tista, ki najbolj omogoča uresničevanje te osredotočenosti v praksi. Res pa je treba najprej ustvariti ugodne pogoje za implementacijo naprednega procesa zdravstvene nege v prakso, na katere so udeleženci opozorili in od katerih sta znanje in usposobljenost za izvajanje naprednega procesa zdravstvene nege v praksi prvi pogoji.

V nadaljevanju priporočamo izvedbo raziskav na področju kakovosti dokumentacije zdravstvene nege s standardiziranimi merskimi instrumenti za osvetlitev učinkov učne delavnice, uporabo mešanih metod raziskovanja in primerjavo spremenljivk glede na demografske podatke. V okviru omejitev raziskave bi bilo treba poudariti subjektivnost odgovorov, da v raziskavi niso sodelovali vsi udeleženci delavnic, da niso bili pridobljeni demografski podatki udeležencev in zapisi evalvacijskih listov osnovne in nadaljevalne učne delavnice niso bili ločeno analizirani.

Zaključek

Uporaba standardiziranih jezikov NNN v okviru napredne oblike procesa zdravstvene nege v praksi je nujna sprememba, za katero menimo, da bo slovensko zdravstveno nego dvignila na višjo kakovostno raven. Sklenemo lahko, da so bili udeleženci učnih delavnic iz naprednega procesa zdravstvene nege z uporabo standardiziranih jezikov v večini zadovoljni z izvedbo delavnic in so razumeli pomen uporabe standardiziranih jezikov v okviru procesa zdravstvene nege in uvedbe kliničnega informacijskega sistema zdravstvene nege. Ob tem so nekateri izrazili zaskrbljenost o ustreznosti uvajanja standardiziranih jezikov v prakso v trenutni okoliščini pomanjkanja medicinskih sester, kar je v skladu s krizo, s katero se soočajo tudi drugi zdravstveni sistemi po svetu in lahko predstavlja pomembno težavo za implementacijo NNN v prakso. Če upoštevamo trenutne okoliščine, je treba nadaljevati s sistematičnim, kontinuiranim in sočasnim izobraževanjem tako študentov zdravstvene nege kot medicinskih sester iz klinične prakse, vendar na način, ki bo omenjenima populacijama čim bolj prilagojen, če hočemo doseči čim večji učinek izobraževanja in motiviranost za uporabo NNN v praksi.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

Avtorji izjavljajo, da ni nasprotja interesov./The authors declare that there are no known conflicts of interest associated with this publication.

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (2024)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2024).

Prispevek avtorjev/Author contributions

Maja Klančnik Gruden je sodelovala pri iskanju literature, konceptualizaciji in izvedbi raziskave, ureditvi uvoda, pripravi metod, rezultatov in diskusije. Andreja Mihelič Zajec je sodelovala pri iskanju literature, konceptualizaciji raziskave, urejanju bibliografskih zapisov, poteka zbiranja podatkov, izvlečka in diskusije ter pripravi opisa vzorca. Doroteja Rebec, Matejka Pintar Babič in Tanja Podlipnik so sodelovali pri iskanju literature ter pripravi uvoda in diskusije. Anja Novak je sodelovala pri iskanju literature, transkripciji besedil in kodiranju rezultatov. Tamara Lubi je sodelovala pri opisu vzorca in opisu poteka zbiranja podatkov. Maja Medvešček Smrekar je sodelovala pri pripravi diskusije in urejanju izvlečka. Vsi avtorji so prebrali in se strinjajo s končnim izdelkom./Maja Klančnik Gruden contributed to the literature search, conceptualisation and implementation of the research, editing of the introduction, preparation of the methods, results and discussion. Andreja Mihelič Zajec contributed to the literature search, conceptualisation of the research, editing of the bibliography, data collection, abstract and discussion, and preparation of the sample description. Doroteja Rebec, Matejka Pintar Babič and Tanja Podlipnik contributed to the literature search, introduction and discussion. Anja Novak contributed to the literature search, transcription of records and coding of results. Tamara Lubi contributed to the description of the sample and the description of the data collection process. Maja Medvešček Smrekar contributed to the discussion and edited the abstract. All authors have read and agree with the final product.

Literatura

Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: An analytic tool for. *Qualitative Research*, 1(3), 385–405.

<https://doi.org/10.1177/146879410100100307>

Alfaro-LeFevre, R. (2020). *Comparison of nursing process, Tanner/Lasater, and NGN Clinical Judgment Models*.

<http://www.alfaroteachsmart.com/textbooktools.html>

- Asmirajanti, M., Hamid, A. Y. S., & Hariyati, R. T. S. (2019). Nursing care activities based on documentation. *BMC Nursing*, 18(Suppl 1), Article 32.
<https://doi.org/10.1186/s12912-019-0352-0>
PMid:31427894; PMCID:PMC696695
- Blažun, H., Saranto, K., & Vošner, J. (2013). Educating teachers and multipliers for future work with the elderly and the role of motivational workshops for the elderly's future participation in ICT training courses. *International Journal of Health Research and Innovation*, 1(1), 25–46.
https://www.sciencpress.com/Upload/IJHRI/Vol%201_1_3.pdf
- Bruylants, M., Paans, W., Hediger, H., & Müller-Staub, M. (2013). Effects on the quality of the nursing care process through an educational program and the use of electronic nursing documentation. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(3), 163–170.
<https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01248.x>
PMid:23859641
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Intervention Classification (NIC)* (7th ed.). Elsevier.
- Camargo-Figuera, F. A., Ortega-Barco, M. A., Rojas-Plata, M. C., Marín-Rodríguez, D., Alarcón-Meléndez, L. J., & Villamizar-Carvajal, B. (2021). Measurement of practices-knowledge-attitudes of the nursing process: Systematic review. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 39(3), Article e15.
<https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e15>
PMid:34822242; PMCID:PMC8912155
- Campbell, J. A., & Bogliatto, F. (2016). Speaking the same language: Using standardized terminology. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 20(1), 8–10.
<https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000157>
PMid:26579837
- Gordon, M. (2003). *Negovalne diagnoze: priročnik* (10th ed., 1st sl. ed.). Rogina.
- Hajdinjak, A. (1999). Pomen teoretičnih modelov za sodobno zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 33(3/4), 137–140.
<https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2267>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2015–2017* (10th ed., 1st sl. ed.). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2019). *Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2018–2020* (11th ed., 2nd sl. ed.). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Howitt, D., & Cramer, D. (Eds.). (2014). *Introduction to research methods in psychology* (4th ed., pp. 350–362). Pearson/Prentice Hall.
- Kavalič, S., & Hajdinjak, G. (1985). Učni načrt predmeta zdravstvena nega. In *Vzgojnoizobraževalni program za zdravstveno nego* (pp. 78–84). Univerza Edvarda Kardelja v Ljubljani, Višja šola za zdravstvena delavce.
- Klančnik Gruden, M., Müller-Staub, M., Pajnkihar, M., & Štiglic, G. (2022). Standardization of quality of diagnoses, interventions, and outcomes (Q-DIO) measurement instrument for use in Slovenia. *Zdravstveno Varstvo*, 61(1), 14–23.
<https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0004>
PMid:35111262; PMCID:PMC8776288
- Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije. (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, L. M. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC)* (6th ed.). Elsevier.
- Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, M.A., & van Achtenberg, T. (2009). Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: The Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 1027–1037.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02603.x>
PMid:19220614
- Leoni-Scheiber, C., Mayer, H., & Müller-Staub, M. (2019a). Relationships between the Advanced Nursing Process quality and nurses' and patient characteristics: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 7(1), 419–429.
<https://doi.org/10.1002/nop2.405>
PMid:31871727; PMCID:PMC6917982
- Leoni-Scheiber, C., Mayer, H., & Müller-Staub, M. (2019b). *Does the quality of the Advanced Nursing Process match reality: A comparison of observations, patient interviews, and nursing records*.
<https://www.researchgate.net/publication/351970779>
- Leoni-Scheiber, C., Mayer, H., & Müller-Staub, M. (2019c). Measuring the effects of guided clinical reasoning on the Advanced Nursing Process quality, on nurses' knowledge and attitude: Study protocol. *Nursing Open*, 6(3), 1269–1280.
<https://doi.org/10.1002/nop2.299>
PMid:31367454; PMCID:PMC6650691
- Melo, L. S., Figueiredo, L. S., Pereira, J. M. V., Flores, P. V. P., Siqueira, M. E. B., & Cavalcanti, A. C. D. (2018). Educational strategies used in standardized language systems by nurses: An integrative review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(3), 366–375.
<https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175549>

- O'Sullivan, P. S., & Irby, D. M. (2021). Educator identity formation: A faculty development workshop. *MedEdPORTAL* 17, Article 11070.
https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11070
 PMid:33473380; PMCID:PMC7809926
- Oreofe, A. I., & Oyenike, A. M. (2018). Transforming practice through nursing innovative patient centered care: Standardized nursing languages. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1319–1322.
https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/76_oyenike_special_10_5.pdf
- Ozveren, H., Ozden, D., & Gulnar, E. (2019). Determination of nursing students perception states in nursing diagnosis. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1049–1056.
https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/50_ozveren_original_12_2.pdf
- Ozkaynak, M., Sircar, C. M., Frye, O., & Valdez, R. S. (2021). A systematic review of design workshops for health information technologies. *Informatics*, 8(2), Article 34.
<https://doi.org/10.3390/informatics8020034>
- Patiraki, E., Katsaragakis, S., Drelizi, A., & Prezerakos, P. (2017). Nursing care plans based on NANDA, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification: The investigation of the effectiveness of an educational intervention in Greece. *International Journal of Nursing Knowledge*, 28(2), 88–93.
<https://doi.org/10.1111/2047-3095.12120>
 PMid:26472136; PMCID:PMC6120146,
- Papež, T. (2017). *Učinkovitost delavnice zdravega hujšanja v Zdravstvenem domu Trebnje v letu 2013: poročilo o raziskavi* [diplomsko delo, Univerza v Ljubljani].
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed). Walters Kluwer.
- Roblek, V. (2009). Primer analize besedila v kvalitativni raziskavi. *Management*, 4(1), 53–69.
https://www.fm-kp.si/zalozba/issn/1854-4231/4_053-069.pdf
- Ruthenford, M. (2008). Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice? *The Online Journal of Issues of Nursing*, 13(1), Article 5.
<https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol13No01PPT05>
- Svet Evrope. (2009). *Človekove pravice v zvezi z biomedicino: Ovijska konvencija in dodatni protokoli*. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
 PMid:24141714
- Zupanc Grom, R. (2013). Ugotavljanje potreb po izobraževanju odraslih. In B. Bukovec, S. Preskar, & R. Zupanc Grom (Eds.) *Ugotavljanje potreb, organizacija in vodenje programov neformalnega izobraževanja odraslih: izobraževalni program za usposabljanje strokovnih delavcev v izobraževanju odraslih* (pp. 19–35). Zveza ljudskih univerz Slovenije.

Citirajte kot/Cite as:

Klančnik Gruden, M., Mihelič Zajec, A., Rebec, D., Novak, A., Pintar Babič, M., Lubi T., Podlipnik, T., & Medvešek Smrekar, M. (2024). Izkušnje z učnimi delavnicami za uvedbo naprednega procesa zdravstvene nege v klinično prakso: kvalitativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(4), 252–260. <https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.4.3270>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Uporaba teorije sistemov Betty Neuman pri razumevanju stresorjev na delovnem mestu medicinskih sester

Applying Betty Neuman's systems theory in understanding workplace stressors among nurses

Debora Levstik Jašarevič^{1,*}, Marija Bogičević Menkinoska², Sandra Verdev¹, Lea Pavšič¹, Mirko Prosen³, Sabina Ličen³

Ključne besede: zdravstvena nega; klinično okolje; zdravje in varnost pri delu; kakovost

Key words: nursing; clinical environment; occupational health and safety; quality

¹ Splošna bolnišnica Izola, Polje 40, 6310 Izola, Slovenija

² Univerzitetni klinični center Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, Slovenija

³ Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
Levstik.debora@gmail.com

IZVLEČEK

Uvod: Namen raziskave je bil na podlagi teorije Betty Neuman raziskati obseg različnih vrst stresorjev (intrapersonalnih, interpersonalnih, ekstrapersonalnih in tistih, povezanih z zdravstvenimi nastanitvami) ter njihov vpliv na doživetje delovnega okolja in dobro počutje zaposlenih v zdravstvenih ustanovah.

Metode: Uporabljena je bila opisna neeksperimentalna kvantitativna metoda raziskovanja s pomočjo spletne ankete. Anketa je vsebovala 20 trditev. Sodelovalo je 140 zaposlenih v zdravstveni negi različnih izobrazbenih stopenj in delovnih okolij.

Rezultati: Rezultati kažejo, da zdravstveni delavci doživljajo zmerno nizko raven stresorjev na delovnem mestu: povprečna ocena 54,17 na lestvici, ki se točkuje od 20 do 100. Višja prisotnost stresorjev je bila zabeležena pri osebah z znanstvenim magisterijem ali doktoratom znanosti ($\bar{x} = 92,83$, $s = 0,668$). Na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti so poročali o višji prisotnosti stresorjev ($\bar{x} = 80,00$, $s = 1,039$) v primerjavi s primarnim, sekundarnim nivojem in socialnovarstvenimi zavodi ($\bar{x} = 60,90$, $s = 1,039$). Anketiranci se strinjajo, da je preprečevanje poškodb in bolezni na delovnem mestu skupna odgovornost ($\bar{x} = 4,43$, $s = 0,689$). Prav tako so visoko ocenili občutenje stresa zaradi obsega dela ($\bar{x} = 3,74$, $s = 0,976$). Večja prisotnost stresorjev je prisotna pri anketirancih z izmenskim delom ($\bar{x} = 89,64$, $s = 1,737$) in na delovnih mestih, kot je služba nujne medicinske pomoči ($\bar{x} = 73,30$, $s = 3,449$).

Diskusija in zaključek: Rezultati kažejo na potrebo po prilagojenih intervencijah za obvladovanje stresorjev zlasti v terciarni zdravstveni dejavnosti, pri zaposlenih z izmenskim delom in v visoko stresnih delovnih okoljih.

ABSTRACT

Introduction: Based on Betty Neuman's theory, the aim of this study is to analyse the extent of different types of stressors (intrapersonal, interpersonal, extrapersonal and those related to healthcare) and their impact on the perception of the work environment and well-being of employees in healthcare institutions.

Methods: A descriptive, non-experimental, quantitative methodology was employed using an online survey. The survey contained 20 statements based on Betty Neuman's framework for the assessment of workplace stressors. A total of 140 healthcare professionals participated in the study.

Results: Results indicate that healthcare professionals experience a moderately low level of stressors at work, with a mean score of 54.17 on a scale of 20 to 100. A higher incidence of stressors was found among those with a master's or doctoral degree ($\bar{x} = 92.83$, $s = 0.668$). The reported presence of stressors was higher at the tertiary level of healthcare ($\bar{x} = 80.00$, $s = 1.039$) than at the primary and secondary levels of healthcare and social welfare institutions ($\bar{x} = 60.90$, $s = 1.039$). Respondents agreed that preventing workplace injuries and illnesses is a shared responsibility ($\bar{x} = 4.43$, $s = 0.689$). They also reported a high level of perceived stress due to workload ($\bar{x} = 3.74$, $s = 0.976$). A higher presence of stressors was reported by shift workers ($\bar{x} = 89.64$, $s = 1.737$) and emergency medical service workers ($\bar{x} = 73.30$, $s = 3.449$).

Discussion and conclusion: The results emphasise the need for tailored interventions to manage stressors, especially at the tertiary level of health care, in shift work and in high-stress work environments.



Prejeto/Received: 13. 2. 2024
Sprejeto/Accepted: 22. 9. 2024

© 2024 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

<https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.4.3281>

Uvod

Teorije zdravstvene nege so ključnega pomena za izobraževanje, prakso in raziskave na področju zdravstvene nege. V teorijah zdravstvene nege poznamo različne modele, ki osebo obravnavajo holistično. Neumanin sistemski model obravnava osebo kot celovit sistem z integriranimi psihološkimi, fiziološkimi, duhovnimi, socialnimi in razvojnimi komponentami (Yaqoob et al., 2023).

Betty Neuman je svojo teorijo sistemov razvila kot model za izboljšanje razumevanja študentov zdravstvene nege o kompleksnosti pacientovih potreb, ki zajemajo več kot le fizično zdravje (Alligood & Marriner-Tomey, 2010; Gonzalo, 2023). Teorija pomaga zdravstvenim delavcem pri načrtovanju celostne in prilagojene zdravstvene nege, ki podpira ravnovesje in zdravje posameznika. Teorija Betty Neuman zagovarja celostni pristop k zdravstveni negi, ki se osredotoča na interakcijo med pacientom in okolijskimi stresorji. Model poudarja pomen prilagodljivosti in vključuje strategije za obvladovanje stresorjev skozi preventivne intervencije, ki so razdeljene na primarne, sekundarne in terciarne ravni. Ta pristop zdravstvenim delavcem omogoča, da podpirajo pacientovo dobro počutje in spodbujajo obnovo zdravja kot odgovor na stresne situacije (Gonzalo, 2023; Smith, 2012). V omenjenem modelu je zdravje opredeljeno kot kontinuiteta dobrega počutja in bolezni, je dinamično in se spreminja. V praksi se model uporablja v izobraževanju, raziskovanju in klinični praksi (Montano, 2021). Betty Neuman je v modelu zajela skrb za paciente glede na njihovo fizično in duševno počutje. Poudariti je želela pomen pristopa medicinskih sester k zdravstveni negi z vidika javnega zdravstva in skupnosti (Fawcett, 2001). Model vključuje več konceptov, kot so oseba, zdravje, okolje in zdravstvena nega. Osebo razume kot individualne značilnosti, povezane z dejavniki preživetja, in predstavlja vir energije. Zdravje razume kot stabilnost sistema, kontinuum dobrega počutja. Stresorji vsebujejo potencial, ki lahko zmoti stabilnost sistema. Definira odpornost in odziv na stresorje. Okolje razume kot nekaj, kar obkroža osebo in nanjo vpliva. Zdravstveno nego razume kot skrb za vse dejanske in potencialne stresorje, ki vplivajo na osebo v njenem okolju (Montano, 2021).

Neumanin model zdravstvene nege obravnava osebo, ki je pod vplivom okolijskih stresorjev, pri čemer upošteva posameznike, družine, skupine in skupnosti. Model prepozna osebo v okviru petih spremenljivk – s fiziološkega, psihosocialnega, sociokulturnega, duhovnega in razvojnega vidika, kar omogoča celovit vpogled v vpliv na zdravje in odzive na stres (Gonzalo, 2023; Montano, 2021). Ta pristop omogoča multifaktorialno razumevanje pacientovih potreb in promovira celostno skrb. Betty Neuman je v svojem modelu stresorje razdelila na intrapersonalne

(znotraj posameznika), interpersonalne (med ljudmi) in ekstrapersonalne (zunanji dejavniki) (Fortsch, 2023; Montano, 2021). Njena metoda obravnave stresorjev obsega tri nivoje preventivnih ukrepov: primarno preventivo, ki se osredotoča na spodbujanje zdravja pred pojavom stresorjev, sekundarno, ki zmanjšuje že obstoječi stres, in terciarno, ki pomaga pri okrevanju po stresnih dogodkih (Gonzalo, 2023).

Neumanin sistemski model je lahko vodilo za krepitev obvladovanja stresorjev na delovnem mestu medicinskih sester. Uporaba modela Neumaninih sistemov zagotavlja okvir za razumevanje ideje o stresorjih z opredelitvijo odnosa med deli in celoto, učinkov okoliščin in pacientovega stika z okoljem (Hannooodee & Dhamoon, 2023).

Preučevanje stresorjev na delovnem mestu medicinskih sester v kliničnih okoljih je izjemno pomembno za razumevanje njihovega vpliva ne le na zdravje in dobro počutje zaposlenih, ampak tudi na kakovost oskrbe pacientov. Analiza teh stresorjev omogoča odkrivanje ključnih dejavnikov tveganja in razvijanje strategij za njihovo učinkovito obvladovanje, kar prispeva k izboljšanju delovnih razmer in zmanjšanju tveganja za izgorelost zdravstvenega osebja. Kot je navedeno v delu Greenawalta & Wachterja (2011), lahko sistemski model Betty Neuman služi kot temelj za izobraževanje zdravstvenih delavcev o stresorjih in nevarnostih na delovnem mestu. Ta pristop poudarja pomen razumevanja in identifikacije poklicnih nevarnosti, ki lahko vodijo do poškodb ali škode, ter izpostavlja, da mnoge nevarnosti zahtevajo človeško intervencijo za preprečitev negativnih izidov. Neumanin model omogoča celostno analizo nevarnosti na delovnem mestu, razvrščenih po stresorjih: intrapersonalni, interpersonalni in ekstrapersonalni. Takšen pristop ne le izboljšuje dobro počutje medicinskih sester, ampak tudi povečuje učinkovitost in varnost pacientove oskrbe.

Zanimalo nas je, kakšen je obseg stresorjev pri medicinskih sestrah in na kakšen način značilnosti medicinskih sester vplivajo na zaznavanje stresorjev. Zato smo izbrali Neumanin model, saj se lahko uporablja za analizo vpliva delovnih obremenitev in izmenskega dela na medicinske sestre, pri čemer se poudarja pomen obvladovanja stresorjev za preprečevanje izčrpanosti in izgorelosti, kar je ključno za njihovo dobro počutje (Hannooodee & Dhamoon, 2023; Idowu et al., 2022; Williams et al., 2023).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil raziskati obseg različnih vrst stresorjev (intrapersonalnih, interpersonalnih, ekstrapersonalnih in tistih, povezanih z zdravstvenimi nastanitvami) ter njihov vpliv na dožemanje delovnega okolja in dobro počutje medicinskih sester v zdravstvenih ustanovah. Cilj raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri intrapersonalni, interpersonalni,

ekstrapersonalni stresorji ter stresorji, povezani z zdravstvenimi nastanitvami, vplivajo na dobro počutje medicinskih sester v klinični praksi.

Postavili smo si naslednji raziskovalni vprašanja:

- Kakšen je obseg stresorjev (intrapersonalnih, interpersonalnih, ekstrapersonalnih in stresorjev, povezanih z zdravstvenimi nastanitvami) in kako vplivajo na doživetje delovnega okolja ter splošno dobro počutje zaposlenih v zdravstvenih ustanovah?
- Na kakšen način demografske in profesionalne značilnosti medicinskih sester vplivajo na zaznavanje obsega stresorjev v zdravstvenih ustanovah?

Postavili smo tudi naslednjo hipotezo:

H1: Obstaja statistično pomembna povezava med obsegom stresorjev (intrapersonalnih, interpersonalnih, ekstrapersonalnih in stresorjev, povezanih z zdravstvenimi nastanitvami) in doživetjem delovnega okolja ter psihofizično dobro počutje zaposlenih v zdravstvenih ustanovah.

Metode

V okviru raziskave je bila uporabljena opisna neeksperimentalna kvantitativna metoda empiričnega raziskovanja.

Opis vzorca

Priložnostni vzorec zaposlenih v zdravstveni negi je vključeval 142 medicinskih sester, od tega 114 žensk in 28 moških, zaposlenih na vseh treh zdravstvenih ravneh zdravstvene dejavnosti ter v socialnovarstvenih zavodih. Starost anketirancev se je gibala med 22 in 59 let, s povprečjem 34,71 leta ($s = 8,67$).

Analiza je temeljila izključno na vprašalnikih, izpolnjenih v celoti. Začetno skupino medicinskih sester smo izbrali naključno; avtorji smo večinoma izbrali osebe na svojih delovnih mestih, saj smo bili zaposleni na različnih delovnih mestih v različnih krajih. Začetna skupina je prejela elektronsko povezavo do ankete s prošnjo, naj jo izpolnijo, in spodbudo, naj informacijo delijo s kolegi po metodi snežne kepe. Ta pristop nam je omogočil zbiranje podatkov v okviru širokega spektra udeležencev, ki predstavljajo različne delovne izkušnje in okolja (Tabela 1). Z razširjanjem povezave s pomočjo različnih socialnih mrež in različnih oseb, ki se med seboj razlikujejo glede na različne kraje bivanja in delovna mesta, smo zagotovili raznolikost in reprezentativnost vzorca.

Opis instrumenta

Instrument za zbiranje podatkov je bil anonimni anketni vprašalnik, ki smo ga poimenovali Lestvica za merjenje stresorjev v zdravstveni negi na delovnem mestu po teoriji Betty Neuman. Vprašalnik sestavlja 20 trditve, ki so nastale na podlagi pregleda literature (Ahmadi & Sadeghi, 2017; Glazer & Gyurak, 2008;

Greenawalt & Wachter, 2011; Hannoodde & Dhamoon, 2023).

Prvi sklop vprašalnika je vključeval demografske podatke: spol, izobrazbo, delovni status, delovno mesto in zaposlitev. Drugi sklop vprašalnika je vseboval trditve z možnostjo odgovorov v obliki petstopenjske Likertove lestvice: 1 – se popolnoma ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – se niti ne strinjam niti strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam. Sestavljen je bil iz štirih podlestitv, ki obravnavajo različne vidike stresorjev: intrapersonalni, interpersonalni, ekstrapersonalni stresorji ter stresorji, povezani z zdravstvenimi nastanitvami. Vsaka podlestvica vključuje specifična vprašanja, ki osvetljujejo določene izzive in dejavnike tveganja, s katerimi se srečujejo zaposleni v svojem delovnem okolju (Cheng et al., 2023).

a) Intrapersonalni stresorji

Podlestvica se osredotoča na notranje dejavnike, ki lahko zvišujejo stresorje pri posamezniku, kot so obseg dela, fizični napor zaradi nepravilne telesne mehanike pri dvigovanju in vpliv delovnih obveznosti na osebno življenje.

b) Interpersonalni stresorji

Podlestvica za interpersonalne stresorje zajema dejavnike, povezane z odnosi na delovnem mestu, vključno z nasiljem ali ustrahovanjem, konflikti med sodelavci ali s pacienti, ter pomanjkljivo ali nepravočasno komunikacijo o nevarnostih na delovnem mestu.

c) Ekstrapersonalni stresorji

Ekstrapersonalni stresorji se nanašajo na zunanje dejavnike, ki vplivajo na varnost in zdravje zaposlenih, kot so neuporaba osebne zaščitne opreme, neskladnost z varnostnimi in zdravstvenimi pravili s strani sodelavcev, izpostavljenost biološkim in kemičnim nevarnostim, tveganje zdrsa ali padca, električna nevarnost, nevarnost sevanja, tveganje požara ter izpostavljenost naravnim katastrofom in drugim ekstrapersonalnim stresorjem – hrupu, vibracijam in ekstremnim temperaturam.

d) Stresorji, povezani z zdravstvenimi nastanitvami

Zadnja podlestvica se osredotoča na zaznavanje varnosti in obvladovanja tveganj v zdravstvenih nastanitvah. Vključuje vprašanja, ki ocenjujejo, v kolikšni meri se posameznik počuti informiran in usposobljen za obvladovanje nevarnosti, prepričanja o resnosti, s katero delodajalec obravnava zdravje in varnost zaposlenih, ter prepričanje, da je preprečevanje poškodb in bolezni skupna odgovornost.

Vsaka od teh podlestitv zagotavlja pomembne vpoglede v različne vidike, ki lahko prispevajo k stresu in tveganjem za zdravje na delovnem mestu, ter omogoča celovito oceno delovnega okolja in njegovih potencialnih vplivov na zaposlene.

Vprašalnik se točkuje, možni rezultati se gibljejo od 20 (najnižje možna vrednost) do 100 točk (najvišja možna vrednost). Najvišje možne točke podlestitv so: 15 točk za podlestvico »Intrapersonalni stresorji«; 15

Tabela 1: Demografski in drugi podatki anketirancev
Table 1: Respondents' demographic and other data

<i>Spremenljivka/Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Spol		
Moški	28	19,7
Ženski	114	80,3
Izobrazba		
Srednja šola	23	16,2
Fakulteta – dodiplomski študij	97	68,3
Magisterij stroke	19	13,4
Znanstveni magisterij, doktorat znanosti	3	2,1
Zaposlitev		
Primarna raven zdravstvene dejavnosti	51	35,9
Sekundarna raven zdravstvene dejavnosti	53	37,3
Terciarna raven zdravstvene dejavnosti	33	23,2
Socialnovarstveni zavod	5	3,5
Delovno mesto		
Splošna ambulanta	19	13,4
Specialistična ambulanta	25	17,6
Bolnišnični oddelek	19	13,4
CKZ, ZVC	5	3,5
Patronažna dejavnost	3	2,1
Služba nujne medicinske pomoči	27	19,0
Intenzivna terapija	18	12,7
Operacijska dvorana	19	13,4
Oddelek v socialnovarstveni ustanovi	7	4,9

Legenda/Legend: n – število/number; % – odstotek/percentage; CKZ – Center za krepitev zdravja/Health Enhancement Centre; ZVC – Zdravstvenovzgojni center/Health Education Centre

točk za podlestvico »Interpersonalni stresorji«; 50 točk za podlestvico »Ekstrapersonalni stresorji« in 20 točk za podlestvico »Stresorji, povezani z zdravstvenimi nastanitvami«. Višji rezultat tako pri lestvici kot njenih podlestvicah nakazuje na višji obseg stresorjev na delovnem mestu.

Za določitev zanesljivosti in notranjo konsistentnost lestvice stresorjev po Betty Neuman je bil uporabljen koeficient Cronbach α . Rezultati kažejo, da ima omenjena lestvica dobro zanesljivost (Cronbach α = 0,820) (Field, 2017).

Opis poteka raziskave

Vprašalnik je bil oblikovan s spletnim orodjem 1KA. Raziskava je potekala od 7. novembra 2023 do 30. novembra 2023. Vprašalnik je vseboval uvodne informacije o ciljih raziskave in navodila za izpolnjevanje. Upoštevani so bili etični vidiki raziskovanja. Anketiranci so bili seznanjeni, da raziskava poteka anonimno in da lahko kadar koli odstopijo od sodelovanja. Podatki, pridobljeni iz odgovorov anketirancev, so se zbirali v bazi podatkov na spletnem strežniku.

Opis obdelave podatkov

Po zaključku anketiranja smo podatke uvozili in jih statistično obdelali s programom IBM SPSS, verzija 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Uporabili smo deskriptivno statistiko (najnižjo in najvišjo vrednost, povprečno vrednost in standardni odklon). Uporabili smo še sledeče statistične metode: koeficient Cronbach α (Collins, 2007), linearno regresijo ter na podlagi nenormalne porazdelitve podatkov (Kolmogorov-Smirnov test $p < 0,05$) še Mann-Whitneyjev U-test in Kruskal-Wallisov H-test. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je $p \leq 0,05$. Nepopolno izpolnjene vprašalnike smo izključili iz analize.

Rezultati

V Tabeli 2 predstavljamo opisne rezultate, ki izhajajo iz »Lestvice za merjenje stresorjev v zdravstveni negi na delovnem mestu po teoriji Betty Neuman«.

Rezultati so pokazali, da so anketiranci najvišje ocenili trditev »Verjamem, da je preprečevanje poškodb in bolezni na delovnem mestu skupna odgovornost«, s povprečno oceno $\bar{x} = 4,43$ ($s = 0,689$).

Tabela 2: Lestvica za merjenje stresorjev v zdravstveni negi na delovnem mestu po teoriji Betty Neuman: opisna statistika**Table 2:** The Betty Neuman workplace nursing stressor scale: descriptive statistics

<i>Spremenljivka/Variable</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>
1. Pogosto sem pod stresom zaradi obsega dela.	1	5	3,74	0,976
2. Moj fizični napor zaradi nepravilne telesne drže med dvigovanjem mi povzroča nelagodje.	1	5	3,49	1,083
3. Delovne obveznosti negativno vplivajo na moje osebno življenje.	1	5	3,18	1,048
4. V mojem delovnem okolju se pojavljata nasilje ali ustrahovanje.	1	5	2,75	1,307
5. Pogosto se srečujem s konflikti med sodelavci ali pacienti.	1	5	2,98	1,065
6. Komunikacija o nevarnostih na delovnem mestu je pogosto pomanjkljiva ali nepravčasna.	1	5	3,20	1,016
7. Redko uporabljam predpisano osebno zaščitno opremo.	1	5	2,13	1,023
8. Opazil/-a sem, da sodelavci pogosto ne upoštevajo varnostnih in zdravstvenih pravil.	1	5	2,73	1,010
9. Izpostavljen/-a sem biološkim nevarnostim, kot so patogeni v krvi in respiratorni patogeni.	1	5	3,69	1,256
10. Izpostavljen/-a sem kemičnim nevarnostim, kot so etilen oksid, živo srebro, glutaraldehid in drugi.	1	5	2,14	1,082
11. Na mojem delovnem mestu so površine, zaradi katerih lahko zdrsnem, se spotaknem ali padem.	1	5	3,43	1,268
12. Izpostavljen/-a sem električnim nevarnostim na delovnem mestu.	1	5	2,80	1,250
13. Izpostavljen/-a sem nevarnostim sevanja, vključno z ionizirajočim in neionizirajočim sevanjem.	1	5	2,72	1,415
14. Na mojem delovnem mestu obstaja tveganje požara zaradi vnetljivih tekočin ali plinov.	1	5	2,75	1,318
15. Moje delovno mesto je izpostavljeno naravnim in drugim katastrofam.	1	5	2,49	1,202
16. Izpostavljen/-a sem stresorjem, kot so hrup, vibracije in ekstremne temperature.	1	5	3,09	1,352
17. Zavedam se nevarnosti, povezanih z mojim delovnim mestom, vendar menim, da jih dobro obvladujem.	1	5	3,69	0,844
18. Verjamem, da moj delodajalec jemlje moje zdravje in varnost resno.	1	5	3,21	1,088
19. Počutim se dobro usposobljenega/-o za obvladovanje nevarnosti na svojem delovnem mestu.	1	5	3,72	0,802
20. Verjamem, da je preprečevanje poškodb in bolezni na delovnem mestu skupna odgovornost.	2	5	4,43	0,689

Legenda/Legend: *n* – število/number; *Min* – minimum/minimum; *Maks* – maksimum/maximum; $\bar{x}$ – povprečje/average; *s* – standardni odklon/standard deviation

Tabela 3: Točkovanje lestvice za merjenje obsega stresorjev na delovnem mestu**Table 3:** Scoring scale to measure the extent of workplace stressors

<i>Spremenljivka/Variable</i>	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>s</i>	95% interval zaupanja/ Confidence interval		<i>p</i>
				<i>spodnja meja/ Lower bound</i>	<i>zgornja meja/ Upper bound</i>	
Lestvica za merjenje stresorjev v zdravstveni negi na delovnem mestu po teoriji Betty Neuman	20	56,00	11,026	54,17	57,83	< 0,001
Intrapersonalni stresorji	3	10,33	2,452	9,92	10,74	< 0,001
Interpersonalni stresorji	3	8,84	2,817	8,37	9,31	< 0,001
Ekstrapersonalni stresorji	10	27,91	7,465	26,67	29,15	< 0,001
Stresorji, povezani z zdravstvenimi nastanitvami	4	8,92	2,352	8,53	9,31	< 0,001

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

Prav tako so visoko ocenili občutenje stresa zaradi obsega dela, s povprečno oceno $\bar{x} = 3,74$ ($s = 0,976$); visoko pa je bila ocenjena tudi izpostavljenost biološkim nevarnostim, kot so patogeni v krvi in respiratorni patogeni, s povprečjem $\bar{x} = 3,69$ ($s = 1,256$). Po drugi strani so anketiranci najnižje ocenili trditev »Redko uporabljam osebno zaščitno opremo, kot je predpisano«, s povprečjem $\bar{x} = 2,13$ ($s = 1,023$). Podobno nizko je bila ocenjena izpostavljenost kemičnim nevarnostim, kot so etilen oksid, živo srebro in glutaraldehid, s povprečjem $\bar{x} = 2,14$ ($s = 1,082$). Prav tako je bila nizko ocenjena prisotnost nasilja ali ustrahovanja v delovnem okolju, s povprečjem $\bar{x} = 2,75$ ($s = 1,318$).

Rezultate točkovanja lestvice za merjenje stresorjev v zdravstveni negi na delovnem mestu po teoriji Betty Neuman in njenih podlestvic prikazujemo v Tabeli 3.

Rezultati so pokazali, da imajo anketiranci zmerno nizek obseg stresorjev na delovnem mestu ($\bar{x} = 56,00$, $s = 11,026$; 95 % interval zaupanja [54,17; 57,83], $p < 0,001$). Rezultati kažejo, da imajo anketiranci zmerno nizko prisotnost interpersonalnih stresorjev, ekstrapersonalnih stresorjev ter zmerno nizke stresorje, povezane z zdravstvenimi nastanitvami. Doživljajo zmerno visoko prisotnost intrapersonalnih stresorjev, ki vključujejo slabše delovne pogoje in prisotnost stresa na delovnem mestu.

V Tabeli 4 prikazujemo rezultate za celotno lestvico

Tabela 4: Prisotnost stresorjev glede na demografske in druge podatke anketirancev

Table 4: Presence of stressors according to respondents' demographic and other data

Spremenljivka/Variable	$\bar{x}$	s	U/χ^2 test	p
Spol				
Moški	75,05	0,399	1496,5	0,610
Ženska	70,63			
Izobrazba				
Srednja šola	74,20	0,668	1,165	0,761
Fakulteta – dodiplomski študij	70,22			
Magisterij stroke	67,61			
Znanstveni magisterij, doktorat znanosti	92,83			
Raven zdravstvene dejavnosti				
Primarna raven zdravstvene dejavnosti	52,96	1,039	12,572	0,006
Sekundarna raven zdravstvene dejavnosti	76,72			
Terciarna raven zdravstvene dejavnosti	80,00			
Socialnovarstveni zavod	60,90			
Delovno mesto				
Splošna ambulanta	48,00	3,449	16,995	0,030
Specialistična ambulanta	39,40			
Bolnišnični oddelek	63,90			
CKZ, ZVC	24,50			
Patronažna dejavnost	61,67			
Služba nujne medicinske pomoči	73,30			
Intenzivna terapija	68,94			
Operacijska dvorana	67,56			
Oddelek v socialnovarstveni ustanovi	65,30			
Izmensko delo				
Moj urnik je samo jutranji.	54,48	1,737	19,266	0,002
Moj urnik je pretežno jutranji (do 2x na teden popoldanski).	56,42			
Moj urnik je dvoizmenski (zjutraj in popoldne).	54,03			
Moj urnik je triizmenski (zjutraj, popoldne in ponoči).	83,88			
Moj urnik je triizmenski z dežurstvi.	89,64			
Opremljenost prostorov				
Da, prostori, v katerih delam, so sodobno opremljeni.	58,38	0,930	22,282	0,001
Prostori, v katerih delam, bi lahko bili bolje opremljeni.	73,25			
Prostori, v katerih delam, so zastarelo opremljeni.	99,67			
Prostori, v katerih delam, so zastarelo in pomanjkljivo opremljeni.	114,61			

Legenda/Legend: $\bar{x}$ – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation; U -test – Mann-Whitneyjev test/Mann-Whitney test; χ^2 – Kruskal-Wallisov test/Kruskal-Wallis test; p – statistična značilnost/statistical significance; CKZ – Center za krepitev zdravja/Health Enhancement Centre; ZVC – Zdravstvenovzgojni center/Health Education Centre

Tabela 5: Starost kot pokazatelj za dožemanje višjega obsega stresorjev na delovnem mestu: linearna regresija
Table 5: Age as an indicator of the perception of a higher magnitude of workplace stressors: linear regression

Determinacijski koeficient/ Coefficient of determination	Spremenljivka/ Variable	b	β	t	p
$R^2 = 0,000$	Starost	0,000	0,000	0,004	0,997

Legend/Legenda: b – nestandardiziran regresijski koeficient/unstandardised regression coefficient; β – standardiziran regresijski koeficient/standardised regression coefficient; t – vrednost značilnih razlik/t-value of significance differences; p – statistična značilnost/statistical significance

za merjenje stresorjev v zdravstveni negi na delovnem mestu po teoriji Betty Neuman.

Iz rezultatov je razvidno, da so povprečne vrednosti glede na spol znašale $\bar{x} = 75,05$ ($s = 0,399$) za moške in $\bar{x} = 70,63$ ($s = 0,399$) za ženske, vendar statistična razlika med spoloma ni bila statistično značilna ($p = 0,610$), kar pomeni, da spol sam po sebi ni pomemben dejavnik pri določanju obsega stresorjev. Glede na raven izobrazbe so imeli anketiranci z znanstvenim magistriranjem ali doktoratom najvišje povprečne vrednosti ($\bar{x} = 92,83$, $s = 0,668$), kar kaže na možnost, da višja izobrazba sovpadajo z zaznavanjem večjega obsega stresorjev. Kljub temu Kruskal-Wallisov test ni pokazal statistično pomembnih razlik glede na izobrazbo ($p = 0,761$).

Statistično pomembne razlike so bile ugotovljene pri ravneh zdravstvene dejavnosti, kjer so anketiranci na terciarni ravni zdravstvene dejavnosti poročali o višji prisotnosti stresorjev ($\bar{x} = 80,00$, $s = 1,039$) v primerjavi s primarno ($\bar{x} = 52,96$, $s = 1,039$) in sekundarno ravni ($\bar{x} = 76,72$, $s = 1,039$), ($p = 0,006$). To kaže, da delovno okolje terciarne ravni zdravstvene dejavnosti potencialno predstavlja več stresorjev. Poleg tega so bile statistično pomembne razlike odkrite v tipu delovnega mesta, pri čemer so zaposleni v CKZ ali ZVC poročali o najmanjši prisotnosti stresorjev ($\bar{x} = 24,50$, $s = 3,449$), medtem ko so bile v patronažni dejavnosti ($\bar{x} = 61,67$, $s = 3,449$) in službi nujne medicinske pomoči ($\bar{x} = 73,30$, $s = 3,449$) točke višje ($p = 0,030$).

Kar zadeva delovne urnike, so anketiranci z izmenskim delom pokazali statistično pomembno večjo prisotnost stresorjev ($p = 0,002$), zlasti tisti z nočnim delom – »Moj urnik je triizmenski z dežurstvi« ($\bar{x} = 89,64$, $s = 1,737$). V zvezi z opremljenostjo prostorov so anketiranci, ki delajo v zastarelih in premalo opremljenih prostorih, poročali o višjih povprečnih vrednostih ($\bar{x} = 99,67$ in $\bar{x} = 114,61$, $s = 0,930$), kar kaže na visoko raven stresorjev ($p < 0,001$) in potrjuje statistično pomembno povezavo med zastarelostjo in opremljenostjo prostorov ter prisotnostjo stresorjev.

Preverjali smo tudi, ali je starost anketirancev lahko pokazatelj dožemanja višjega obsega stresorjev na delovnem mestu (Tabela 5).

Rezultati kažejo, da je determinacijski koeficient $R^2 = 0,000$, kar pomeni, da starost anketirancev ne pojasnjuje variabilnosti dožemanja obsega stresorjev

na delovnem mestu. Tudi ostali koeficienti linearne regresije kažejo, da med starostjo in dožemanjem obsega stresorjev ni statistično pomembne povezave. Na podlagi teh rezultatov lahko sklepamo, da v preučevanem vzorcu starost anketirancev ni pomemben pokazatelj dožemanja obsega stresorjev na delovnem mestu.

Diskusija

Namen raziskave je bil ugotoviti obseg stresorjev na delovnem mestu medicinskih sester po teoriji Betty Neuman. Rezultati naše raziskave so pokazali, da zaposleni v zdravstvenih ustanovah doživljajo zmerno nizek obseg interpersonalnih in ekstrapersonalnih stresorjev, ki vplivajo na njihovo dožemanje delovnega okolja in dobro počutje, doživljajo pa zmerno visoko prisotnost intrapersonalnih stresorjev. Intrapersonalni stresorji, kot sta stres zaradi obsega dela in fizični napor zaradi nepravilne telesne drže pri dvigovanju, pa sta prejela visoke povprečne ocene, kar kaže, da so zaposleni relativno manj izpostavljeni ekstrapersonalnim stresorjem, kot sta nevarnost sevanja in tveganje požara.

Navedeno je pomembno, saj razkriva, da stresorji, ki izhajajo iz same narave dela in delovnih razmer, prevladujejo nad tistimi, ki izvirajo iz delovnega okolja. Tovrstne ugotovitve lahko služijo kot izhodišče za razvoj intervencijskih strategij, usmerjenih predvsem v izboljšanje notranjih delovnih procesov in ergonomije delovnih mest, kar bi lahko pomembno prispevalo k zmanjšanju občutka stresa in povečanju zadovoljstva ter varnosti zaposlenih. Ta poudarek na intrapersonalnih dejavnikih je ključen za oblikovanje politik zdravstvenih ustanov, ki želijo izboljšati delovno učinkovitost in osebno dobro počutje svojih zaposlenih.

Rezultati nakazujejo tudi nekatere pomembne razlike v zaznavi stresorjev med različnimi demografskimi skupinami in delovnimi pogoji, kar je ključno za oblikovanje ciljno usmerjenih strategij za izboljšanje delovnih pogojev in zmanjšanje stresorjev na delovnem mestu. Rezultati kažejo, da moški ocenjujejo višji nivo stresorjev kot ženske. Neenakomerna porazdelitev med spoloma bi lahko vplivala na zaznavanje in prijavljanje stresorjev, saj je bilo anketiranih 114 žensk in 28 moških. Višji nivo stresorjev je prisoten tudi pri medicinskih

sestrah s srednješolsko izobrazbo in pri tistih z znanstvenim magisterijem ali doktoratom. Williams in ostali razlagajo različne stresorje, s katerimi se na delovnem mestu srečuje zdravstveno osebje, vključno z depresijo, slabim fizičnim in duševnim zdravjem, povečanjem telesne teže, nezdravimi prehranjevalnimi navadami, poškodbami hrbta, moralno negativnostjo in občutki nezadovoljstva pri delu (Williams et al., 2022). Poklicna izgorelost, ki izhaja iz teh stresorjev, se še posebej kaže pri medicinskih sestrah, ki se redno soočajo s travmatičnimi dogodki, trpljenjem pacientov in velikimi delovnimi obremenitvami, kar lahko privede do negativnih posledic za kakovost oskrbe pacientov in za fizično ter duševno zdravje zdravstvenega osebja (Green & Kinchen, 2021). Naša raziskava ugotavlja, da je najvišjo stopnjo stresorjev mogoče zaznati pri zaposlenih na nujni medicinski pomoči, kar je v skladu z ugotovitvami Phillips et al. (2022), ki potrjujejo visoko prevalenco izgorelosti in stresa v tej skupini medicinskih sester. Dejavniki, kot so izmensko delo, travmatični dogodki in nasilje, so ključni vzroki za izgorevanje pri zaposlenih na nujni medicinski pomoči v tej poklicni skupini (Phillips et al., 2022). Nujno bi bilo še dodatno poskrbeti za zdravje določenih skupin zaposlenih, ki doživljajo višji nivo stresorjev.

Poleg stopnje stresorjev, ki jih doživljajo medicinske sestre v službah nujne medicinske pomoči, naša raziskava izpostavlja tudi znatno raven doživljanja stresorjev med medicinskimi sestrami, zaposlenimi na intenzivnih enotah. V skladu z ugotovitvami Ramirez-Elvire et al. (2021) so intenzivne terapevtske enote izjemno stresna delovna okolja, ki zdravstvenim delavcem vsakodnevno nalagajo soočanje s situacijami, kot sta smrt in bolečina pacientov. Pri več kot tretjini medicinskih sester na intenzivnih enotah so opazili visoko stopnjo čustvene izčrpanosti, ki izhaja iz stresa, povezanega z delovnimi zahtevami. Raziskava Ramirez-Elvire et al. (2021) prav tako poudarja, da so določeni sociodemografski dejavniki, kot so mlajša starost, samski stan in omejene delovne izkušnje, ter delovni pogoji, kot so povečane delovne obremenitve in podaljšan delovni čas, pomembni napovedniki za večje tveganje stresa med osebjem na intenzivnih enotah. Tudi zaposlenim v službah nujne medicinske pomoči in v intenzivnih enotah bi bilo nujno še dodatno posvečati pozornost v smeri zniževanja stresorjev.

V naši raziskavi smo identificirali visoko stopnjo stresorjev pri zdravstvenih delavcih, ki so zaposleni v službi nujne medicinske pomoči in v intenzivni negi. Raziskava Chenga et al. (2023), izvedena na Kitajskem, kaže, da izmensko delo pri medicinskih sestrah poveča pojavnost težav z duševnim zdravjem in izgorelostjo za več kot polovico. Podobno Muhamad Robat et al. (2021) poudarjajo, da bi morali biti delavci, vključeni v izmensko delo, prioriteta pri izvajanju intervencij za obvladovanje stresorjev. Med takšnimi intervencijami

predlagajo prestrukturiranje izmenskega urnika in dodajanje dni počitka po nočnih izmenah, kar bi lahko znatno zmanjšalo raven stresa. Dodatno Wu et al. (2023) ugotavljajo, da je kakovost spanja medicinskih sester, ki delajo izmensko, pomembno povezana s stresom na delovnem mestu in vpliva na njihovo dobro počutje.

Muhamad Robat et al. (2021) so prav tako izvedli analitično presečno raziskavo med medicinskimi sestrami v Maleziji, ki je razkrila, da izmensko delo negativno vpliva na različne vidike življenja medicinskih sester, vključno z družinskim in poklicnim življenjem. Na področju vedenja medicinskih sester so Emami et al. (2022) ugotovili, da delovna obremenitev, negotovost glede zdravljenja in pomanjkanje čustvene priprave prispevajo k visoki stopnji delovnih stresorjev. Ti izsledki nakazujejo nujnost razvoja ciljno usmerjenih intervencij za zmanjšanje stresorjev, ki bi morale vključevati izboljšano sodelovanje med medicinskimi sestrami in ostalimi zaposlenimi v zdravstvenem timu ter podporo vodstvenih struktur zdravstvenih ustanov.

Skrb za zdravstveno osebje pogosto ostaja na obrobju pozornosti, čeprav raziskovalci navajajo, da obstajajo dokazano učinkovite intervencije, ki lahko izboljšajo kakovost življenja zdravstvenega osebja tako znotraj kot izven delovnega okolja (Williams et al., 2022). Med predlaganimi intervencijami so omejitev delovnega časa na manj kot 40 ur na teden, spodbujanje izražanja čustev in telesne aktivnosti na delovnem mestu ter vključevanje v podporne skupine. Za izboljšanje osebnega zdravja priporočajo strategije, kot so priprava zdravih obrokov, zagotavljanje kakovostnega spanca, uporaba kognitivno-vedenjske terapije, udeležba na tečajih čuječnosti in prakticiranje tehnik za zmanjšanje stresa (Williams et al., 2022). Green & Kinchen (2021) dodatno poudarjata učinkovitost meditacije čuječnosti kot metode za zmanjšanje stresa in preprečevanje izgorelosti med medicinskimi sestrami, kar kaže na širok spekter možnosti za izboljšanje psihofizičnega stanja zdravstvenih delavcev. Te intervencije ne le prispevajo k boljšemu osebnemu počutju zdravstvenih delavcev, ampak lahko tudi izboljšajo skrb za paciente, saj zaposleni, ki so manj izčrpani in bolj zadovoljni s svojim delom, nudijo kakovostnejšo oskrbo.

Prva omejitev raziskave je povezana z uporabljenimi lestvico za merjenje stresorjev. Čeprav je bila zasnovana na teoretičnih temeljih teorije Betty Neuman in v sodelovanju s strokovnjaki na področju zdravstvene nege, dodatno preliminarno preverjanje vsebinske in konstruktne veljavnosti te lestvice ni bilo izvedeno v obsegu, ki bi zagotavljal popolno zanesljivost in veljavnost meritev. To pomeni, da bi bilo za zagotovitev natančnejših in bolj reprezentativnih rezultatov treba opraviti nadaljnje preverjanje in validacijo lestvice, vključno z analizo faktorske strukture, za potrditev njenih konstruktivnih dimenzij. Druga omejitev izhaja iz metodologije vzorčenja. Uporabljen je bil

priložnostni vzorec, ki morda ne odraža celotne populacije zdravstvenega osebja. To lahko vpliva na generalizacijo rezultatov, saj specifične značilnosti vzorca morda ne predstavljajo širše populacije zaposlenih v zdravstvu. V naši raziskavi smo izključili vse nepopolno izpolnjene vprašalnike. To bi lahko vplivalo na pridobljene rezultate, saj ne poznamo razloga, zakaj so sodelujoči prekinili izpolnjevanje vprašalnika oziroma ali so bili še bolj izrazito pod vplivom stresorjev kot tisti, ki so vprašalnik rešili, ali ne.

Zaključek

Naša raziskava je razkrila, da medicinske sestre doživljajo zmerno raven stresorjev na delovnem mestu. Vsakodnevni izzivi, s katerimi se soočajo medicinske sestre, odražajo nujnost razvoja strategij za obvladovanje in preprečevanje stresorjev na delovnem mestu. Ključnega pomena je spodbujanje ozaveščenosti o lastnih mejah in iskanje podpore v trenutkih stiske. Prav tako je pomembno, da si medicinske sestre redno vzamejo čas za dejavnosti, ki prinašajo veselje in sprostitve, saj samooskrba igra ključno vlogo pri ohranjanju duševnega zdravja in splošne blaginje. Naše ugotovitve poudarjajo pomen dodatnih raziskav na področju doživljanja stresorjev na delovnem mestu med zdravstvenim osebjem v Sloveniji. Bolj poglobljeno razumevanje stresorjev in njihovih učinkov bi omogočilo bolj ciljno usmerjene intervencije za njihovo obvladovanje, s čimer bi lahko zmanjšali njihov vpliv na zaposlene in izboljšali kakovost zdravstvene oskrbe. Raziskave na tem področju bi prispevale k pravočasnemu odkrivanju, preprečevanju in obvladovanju stresorjev med zdravstvenimi delavci, kar bi v končni fazi pripomoglo k izboljšanju delovnih pogojev, zadovoljstva pri delu in osebne dobrobiti.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

V raziskavi smo zagotavljali anonimnost in varovanje osebnih podatkov. Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) ter v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2024)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and

in accordance with the Slovenian Code of Ethics in Nursing and Health Care (2024).

Prispevek avtorjev/Author contribution

Avtorji so skupaj zasnovali idejo in načrt raziskave ter raziskavo izvedli. Pri nastanku članka oziroma njegovih sestavnih delov so sodelovali vsi štirje avtorji v enakem obsegu./The authors jointly conceived the idea and the research plan, and carried out the research. All four authors equally participated in the writing of the article or its chapters.

Literatura

Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (Ed.). (2010). *Nursing theorists and their work* (7th ed.). Mosby/Elsevier.

Ahmadi, Z., & Sadeghi, T. (2017). Application of the Betty Neuman systems model in the nursing care of patients/clients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 3(3). <https://doi.org/10.1177/2055217317726798>
PMid:28839950; PMCID:PMC5565031

Cheng, H., Liu, G., Yang, J., Wang, Q., & Yang, H. (2023). Shift work disorder, mental health and burnout among nurses: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 10(4), 2611–2620. <https://doi.org/10.1002/nop2.1521>
PMid:36539975; PMCID:PMC10006599

Collins, L. M. (2007). Cronbach Alpha Coefficient: An overview. In *Encyclopedia of Gerontology* (2nd ed., pp. 433–442). <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/cronbach-alpha-coefficient>

Emami, P., Boozari Pour, M., Zahednezhad, H., Khanali Mojen, L., & Naseri, V. (2022). Investigating the relationship between workplace stressors and caring behaviours of nursing staff in inpatient wards: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 78(4), 1066–1074. <https://doi.org/10.1111/jan.15080>
PMid:34642973

Fawcett, J. (2001). The nurse theorists: 21st-century updates: Betty Neuman. *Nursing Science Quarterly*, 14(3), 211–214. <https://doi.org/10.1177/08943180122108454>
PMid:11873341

Field, A., 2017. *Discovering statistics using SPSS*. 3rd ed. SAGE.

Fortsch, L. (2023). Betty Neuman's systems model: A holistic approach to understanding individuals in their environmental context. *Research & Reviews: Journal of Nursing and Health Sciences*, 9(4), 1–3. <https://doi.org/10.4172/JNHS.2023.9.4.87>

- Glazer, S., & Gyurak, A. (2008). Sources of occupational stress among nurses in five countries. *International Journal of Intercultural Relations*, 32(1), 49–66.
<https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2007.10.003>
- Gonzalo, A. (2023). *Betty Neuman: Neuman Sysytems Model*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/betty-neuman-systems-model-nursing-theory/>
- Green, A. A., & Kinchen, E. V. (2021). The effects of mindfulness meditation on stress and burnout in nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 39(4), 356–368.
<https://doi.org/10.1177/08980101211015818>
PMid:33998935
- Greenawalt, J., & Wachter, J. K. (2011). Applying the Neuman Stressor Model for workplace safety. *Journal of Healthcare Risk Management*, 30(3), 16–22.
<https://doi.org/10.1002/jhrm.20056>
PMid:21351192
- Hannoodee, S., & Dhamoon, A. S. (2023). *Nursing Neuman Systems Model*. National Library of Medicine.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560658/>
- Idowu, O. A., Oyekunle, A. A., Fajemilehin, B. R., & Idowu-Olutola, O. M. (2022). Applying the Betty Neuman Model to explain the relationship between workload as stressors and shift work disorder among nurses: A conceptual model. *South Asian Research Journal of Nursing and Healthcare*, 4(3), 41–44.
<https://doi.org/10.36346/sarjnhc.2022.v04i03.003>
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2024). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Kozina, A., Peras, I., Veldin, M., & Pivec, T. (2022). The psychological response and perception of stress during the COVID-19 pandemic in Slovenia: Three-wave repeated cross-sectional study. *Stress and Health*, 38(5), 950–960.
<https://doi.org/10.1002/smi.3147>
PMid:35338675; PMCID:PMC9111042
- Montano, A.-R. (2021). Neuman Systems Model with nurse-led interprofessional collaborative practice. *Nursing Science Quarterly*, 34(1), 45–53.
<https://doi.org/10.1177/0894318420965219>
PMid:33349182
- Muhamad Robat, R., Mohd Fauzi, M. F., Mat Saruan, N. A., Mohd Yusoff, H., & Aziz Harith, A. (2021). Why so stressed: A comperative study on stressors and stress between hospital and non-hospital nurses. *BMC Nursing*, 20(2), Article 2.
<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00511-0>
PMid:33390159; PMCID:PMC7780689
- Phillips, K., Knowlton, M., & Riseden, J. (2022). Emergency department nursing burnout and resilience. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 44(1), 54–62.
<https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000391>
PMid:35089283
- Ramírez-Elvira, S., Romero-Béjar, J. L., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., Cañadas-De la Fuente, G. A., & Albendín-García, L. (2021). Prevalence, risk factors and burnout levels in intensive care unit nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), Article 11432.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182111432>
PMid:34769948; PMCID:PMC8583312
- Smith, S. A. (2012). Nurse competence: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 172–182.
<https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01225.x>
PMid:23043658
- Yaqoob, A., Jan, R., Rattani, S., & Kumar, S. (2023). Betty Neuman System Model: A concept analysis. *Insights Depress Anxiety*, 7, 11–15.
<https://doi.org/10.29328/journal.ida.1001036>
- Williams, S. G., Fruh, S., Barinas, J. L., & Graves, R. J. (2022). Self-care in nurses. *Journal of Radiology Nursing*, 41(1), 22–27.
<https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2021.11.001>
PMid:35431686; PMCID:PMC9007545
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
PMid:24141714
- Wu, S., Wu, C., Wang, X., Fei, W., & Fu, Y. (2023). Mediating effect of circadian rhythm between work stress and sleep quality in Chinese shift-working nurses: A cross-sectional survey. *Nursing Open*, 10(2), 560–569.
<https://doi.org/10.1002/nop2.1322>
PMid:35964326; PMCID:PMC9834518

Citirajte kot/Cite as:

Levstik Jašarevič, D., Bogičević Menkinoska, M., Verdev, S., Pavšič, L., Prosen, M., & Ličen, S. (2024). Uporaba teorije sistemov Betty Neuman pri razumevanju stresorjev na delovnem mestu medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(4), 261–270.
<https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.4.3281>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Zadovoljstvo pacientov z informacijskim sistemom eZdravje v splošni bolnišnici: presečna raziskava

Patient satisfaction with the eHealth system in a general hospital: A cross-sectional study

Nena Kodermac¹, Melita Peršolja² *

Ključne besede: informatika; kakovost; zdravstvena nega

Key words: e-services; quality; nursing

¹ Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca, Nova Gorica, Ulica padlih borcev 13 A, 5290 Šempeter pri Gorici, Slovenija

² Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju – Enota Vipava, Trg Pavla Rušta 6, 5271 Vipava, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
melita.persolja@fvz.upr.si

IZVLEČEK

Uvod: Z vpeljavo digitalizacije v zdravstvu se je spremenil sistem naročanja na zdravstveno obravnavo. Cilj raziskave je bil opisati raven zadovoljstva pacientov izbrane zdravstvene ustanove z informacijskim sistemom eZdravje in identificirati morebitne pomanjkljivosti v tem sistemu.

Metode: V raziskavo je bilo vključenih 319 naključno izbranih pacientov, ki so čakali na obravnavo v Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica v enomesečnem obdobju leta 2023. Uporabljen je bil posebej zasnovan anketni vprašalnik s petnajstimi temeljnimi vprašanji, ki smo mu izračunali visok koeficient zanesljivosti (Cronbach $\alpha = 0,894$). Za statistično analizo so bile uporabljene osnovne deskriptivne statistike in Pearsonova korelacijska analiza.

Rezultati: Ugotovitve kažejo, da so anketiranci v splošnem zadovoljni s storitvami eZdravja ($\bar{x} = 4,18$, $s = 0,69$), vendar se z višjo starostjo njihovo zadovoljstvo znižuje ($r = -0,166$, $p = <0,001$). V primeru eNaročanja anketiranci kažejo na visoko stopnjo samostojnosti (82,8 %, $n = 264$). Med različnimi storitvami so anketiranci najbolj zadovoljni z obveščanjem o zdravstveni obravnavi ($\bar{x} = 4,45$, $s = 0,57$), najmanj pa z informiranjem o uporabi eZdravja, ki je podana v ambulantni osebni zdravnik.

Diskusija in zaključek: Na podlagi rezultatov lahko potrdimo, da je večina anketiranih že uporabila aplikacijo eZdravje in so z njo zadovoljni. Kljub temu se jih veliko na zdravstveno obravnavo naroča telefonsko. Rezultati kažejo na potrebo po širšem ozaveščanju prebivalstva o raznolikih možnostih in postopkih naročanja na zdravstveno obravnavo.

ABSTRACT

Introduction: The introduction of digitalisation in health care has transformed the system of healthcare appointment scheduling. The aim of this study was to describe the level of patient satisfaction with the eHealth information system in a selected healthcare institution, and to identify potential shortcomings of this system. **Methods:** The study included 319 randomly selected patients awaiting medical treatment at "Dr Franc Derganc" General Hospital in Nova Gorica during a one-month period in 2023. A 15-item questionnaire was administered to respondents and a high reliability coefficient was calculated (Cronbach's $\alpha = 0.894$). Basic descriptive statistics and Pearson's correlation analysis were used for the statistical analysis.

Results: Our respondents were generally satisfied with the eHealth services ($\bar{x} = 4.18$, $s = 0.69$); however, their satisfaction was observed to decrease with age ($r = -0.166$, $p = 0.001$). They showed a high degree of autonomy in relation to eAppointment scheduling (82.8%, $n = 264$). Among the different services offered by the system, respondents were most satisfied with information about medical treatment ($\bar{x} = 4.45$, $s = 0.57$), and least satisfied with information about the use of eHealth provided in their primary care physician's office.

Discussion and conclusion: The results indicate that the majority of respondents have already used eHealth, but many still schedule their healthcare appointments by telephone. This emphasises the need to raise public awareness of the diverse options and methods of scheduling healthcare appointments.



Prejeto/Received: 4. 11. 2023
Sprejeto/Accepted: 1. 9. 2024

© 2024 Avtorji/The Authors. Izdaja Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije./Published by Nurses and Midwives Association of Slovenia. To je članek z odprtim dostopom z licenco CC BY-NC-ND 4.0./This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Uvod

Z informatizacijo zdravstvenega sistema si izvajalec poveča možnost kakovostnega izvajanja strokovnega dela s pacienti, ki je primerljivo z delom drugih izvajalcev v evropskem prostoru (Tajki et al., 2021). Projekt eZdravje je namenjen vsem udeležencem v zdravstvu, državljanom in pacientom za zagotovitev pravih informacij in e-storitev. Zdravstvenim delavcem omogoča dostop do pacientovega elektronskega zdravstvenega kartona, oblikovanega v času in na več ravneh zdravstvenega sistema. Omogoča učinkovitejši vpogled v posameznikovo zdravstveno stanje in učinkovitejše izvajanje zdravstvenih storitev; upravljavcem pa zagotavlja organizacijske in poslovne informacije (Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, 2019).

V okviru eZdravja imajo uporabniki od leta 2016 omogočen dostop do enaindvajset različnih storitev, kot so: zVEM, eNaročanje, eRecept, TeleKap, Teleradiologija, eTriaža, ePosvet, Referenčne ambulate, eKnjiga, eKomunikacija, sistem oz. nacionalna točka eZdravje, SiNCP (tehnična rešitev za podporo čezmejni izmenjavi podatkov o pacientu) (Ministrstvo za zdravje, 2020a), Osebna kartica zdravil (OKZ) (Ministrstvo za zdravje, 2020b), Upravljanje kliničnega znanja, Odprta standardna specifikacija v zdravstveni informatiki (Open EHR) (Slovensko društvo za medicinsko informatiko, 2014), Sistem upravljanja varovanja informacij (SUVI), register vseh cepljenih (eRCO), zdravstveno omrežje (zNET) (Dolenc, 2019), centralni register podatkov o pacientih (CRPP), varnostna shema podatkov (EUEZ) (Ministrstvo za zdravje, 2020c) in register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ) (Ministrstvo za zdravje, 2020d). S pandemijo covid-19 so nastale še tri aplikacije: EU digitalno covid-potrdilo, Cepljenje proti covidu-19 in gripi in Testiranje na covid-19 (Ministrstvo za zdravje, 2020e). Storitve eZdravja omogočajo izboljšanje koordinacije in neprekinjenosti obravnave z izboljšanimi možnostmi za izmenjavo digitalnih podatkov, komunikacije in posvetovanja na daljavo, kar pomeni, da se zmanjšajo stroški zdravstvenega varstva (Melchiorre et al., 2018). Znotraj eZdravja portal zVEM predstavlja pomemben razvojni mejnik v zgodovini slovenskega zdravstva in omogoča, da pacienti pregledujejo svoje podatke in podatke svojih otrok do 15. leta starosti (Rant et al., 2020).

Ena izmed temeljnih pravic pacientov je pravica do varne in kakovostne zdravstvene obravnave (Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu, 2022). Šuklar (2018) navaja, da pri kakovosti v zdravstvu primanjkuje predvsem kazalnikov strukture (primernost opreme, izobraževanje zaposlenih, zadovoljstvo zaposlenih) in procesov (kako je storitev dostavljena pacientu in zadovoljstvo pacientov) in se preveč poudarja

kazalnike izidov zdravljenja. Za izboljšanje kakovosti obravnave v ustanovi lahko zato ocenimo zadovoljstvo pacientov z anketnimi vprašalniki, pomagamo si tudi s knjigo pripomb, pritožb in pohval, v katero pacienti lahko izrazijo svoje mnenje, želje, ali potrebe, ali podajo pomanjkljivosti (Starman Trampuš, 2015).

Mnenje pacientov je dragoceno in predstavlja sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav (Starman Trampuš, 2015). Predvsem so pacienti občutljivi na prijazen in spoštljiv odnos ter razpoložljivost za hitro zdravstveno pomoč. Največje nezadovoljstvo izhaja iz čakanja v čakalnici na obravnavo, telefonske nedosegljivosti, nezanimanja za osebne pacientove razmere in iz kratkega časa obravnave pri zdravniku (Terglav et al., 2019). V Sloveniji velja, da se zdravstveno osebje vede spoštljivo do pacientov in jim podaja jasna navodila. V nujnih primerih je na razpolago hitra zdravstvena pomoč, večji pomanjkljivosti pa sta dostopnost zdravstvenega osebja po telefonu in dolžina čakanja na pregled v čakalnici (Plahuta et al., 2022). Bisswas et al. (2020) in Ramaswamy et al. (2020) zatrjujejo, da (sploh pri tistih pacientih, ki ne morejo do bolnišnice) pripomore k zadovoljstvu pacientov tudi uporaba telemedicine. Telemedicina je zagotavljanje zdravstvene storitve z uporabo informacijskih in telekomunikacijskih tehnologij (Rant & Rudel, 2021). S pomočjo telemedicine lahko varno, dostopno in preprosto prenesemo medicinske informacije (če upoštevamo pravila komuniciranja in določene omejitve), ob tem prihranimo čas, stroške in pripomoremo k boljšemu življenju prebivalstva (Tajki et al., 2021).

Namen in cilji

Leta 2019 se je v Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca Nova Gorica začela reorganizacija sistema zdravstvene administracije, v tem procesu pa se je vzpostavila tudi nova služba naročanja na zdravstveno obravnavo. Telefonsko naročanje se je umaknilo iz ambulant. Klici za naročanje na vse oblike zdravstvene obravnave, ki jih ponuja bolnišnica, se od takrat naprej prevzemajo v klicnem centru. Tam se prevzemajo napotnice, paciente se vpisuje v čakalni seznam. Nato e-napotnice pregledajo pooblaščen osebe za določeno področje in naročajo paciente na določen termin zdravstvene obravnave.

Namen te raziskave je bil preučiti zadovoljstvo pacientov z informacijskim sistemom eZdravje v okviru Splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Nova Gorica (bolnišnica). Cilji so bili: ugotoviti potrebo po pomoči pri uporabi eZdravja, opisati izkušnje z eNaročanjem in določiti raven zadovoljstva pacientov s krovnim informacijskim sistemom eZdravje ter pripadajočimi storitvami. Za doseg zastavljenega cilja smo si zastavili naslednje raziskovalno vprašanje: »V kolikšni meri so pacienti zadovoljni z informacijskim sistemom eZdravje?«.

Metode

Uporabili smo opisno neeksperimentalno metodo dela s tehniko anketiranja.

Opis instrumenta

Anketni vprašalnik je vseboval petnajst vprašanj, ki smo jih oblikovali s pomočjo različnih virov (Dolenc, 2019; Hrgarek et al., 2018; Janet, 2020; Jerman, 2018; Tergrlav et al., 2019; Stanimirovič & Šavs, 2021; Statistični Urad Republike Slovenije (SURS), 2019;).

V prvem sestavnem delu anketnega vprašalnika so se vprašanja navezovala na demografske podatke (spol, starost, stopnja izobrazbe). V drugem sestavnem delu sta bili dve vprašanji o uporabi in pomoči z eNaročanjem, na katere je anketiranec odgovoril z »da« ali »ne«. V tretjem sestavnem delu je bilo zastavljenih štirinajst trditev o eNaročanju, na katere je anketiranec podal stopnjo strinjanja, da: (1) se sploh ne strinja, (2) se ne strinja, (3) ne more se odločiti, (4) se strinja, (5) pogosto se strinja, (6) zelo se strinja. Četrty sestavni del vprašanj z izbirnimi odgovori se je nanašal na obliko naročanja, ki ji daje prednost, potrebo po pomoči pri naročanju in oceno odzivnega časa službe za naročanje. V petem sestavnem delu so anketirani izbrali stopnjo zadovoljstva s posameznimi storitvami informacijskega sistema eZdravje, in sicer da: (1) sploh ni zadovoljen, (2) ni zadovoljen, (3) ni zadovoljen niti nezadovoljen, (4) je zadovoljen, (5) zelo je zadovoljen.

Anketni vprašalnik smo prvotno testirali na vzorcu dvajsetih oseb in ga preoblikovali glede na pripombe in priporočila anketiranih. Med anketirance raziskovanega vzorca smo razdelili posodobljeno različico. Koeficient Cronbachov α za vprašanja z zaprtimi odgovori je znašal 0,89, kar pomeni, da je anketni vprašalnik dobro zanesljiv.

Opis vzorca

Glede na interne podatke bolnišnice dostopne zaposlenim, je bilo v letu 2022 prvih pregledov 28.561, kontrolnih pregledov pa 44.654. Glede na upoštevanje teh podatkov smo pri dnevnem številu obravnavanih pacientov v ambulantah pričakovali populacijo v številu cca. 300 pacientov na teden oziroma 1200 pacientov na mesec. Raziskovalni vzorec je bil pri 5 % tveganju tako predviden na najmanj 292 anketirancev.

Med naključne paciente v čakalnicah bolnišnice smo januarja 2023 razdelili 350 anketnih vprašalnikov. V raziskovanem vzorcu je sodelovalo 319 (odzivnost 91,1 %) pacientov, od tega 59,6 % žensk. Vključili smo posameznike različnih starostnih skupin, med katerimi jih je bila večina (73,1 %, $n = 233$) med 18. in 64. letom starosti. Osnovno šolo je končalo 25 anketirancev (7,8 %); poklicno šolo 62 (19,4 %), srednjo šolo 115 (36,1 %),

višješolsko ali visokošolsko izobrazbo je pridobilo 84 (26,3 %) anketirancev, univerzitetno izobrazbo 32 (10 %) ter znanstveni magisterij ali doktorat po eden (0,3 %).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave smo najprej pridobili soglasje bolnišnice. Pacienti so bili v raziskovalnem obdobju identificirani v čakalnicah bolnišnice z osebnim pristopom (prva avtorica), pri čemer smo jih neposredno nagovorili in vprašali, ali trenutno čakajo na zdravstveno obravnavo. Anketirancem je bil natančno predstavljen namen raziskave, pri čemer smo zagotovili anonimnost in prostovoljno sodelovanje. Nato smo jim izročili anketni vprašalnik na papirju in jih spodbudili k izpolnjevanju. Tistim, ki so potrebovali pomoč pri izpolnjevanju (npr. zaradi slabovidnosti ali oslabelosti), smo anketni vprašalnik prebrali in po njihovem navodilu označili ustrezne odgovore. Rešene anketne vprašalnike smo zbirali v za temu namenjene mape v specialističnih ambulantah bolnišnice.

Izpolnjene anketne vprašalnike smo pregledali in z vidika izpolnjenosti ugotovili, da jih je bilo vseh 319, ki so bili vrnjeni, uporabni za analizo. Odgovori so bili iz anketnega vprašalnika vneseni v SPSS 29.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA), v katerem sta bili opravljeni tudi statistična analiza in obdelava podatkov. Za prikaz rezultatov s preglednicami je bil uporabljen program Microsoft Excel 2019.

Značilnosti podatkov smo prikazali s frekvenco (n), deleži (%), povprečjem (M) in standardnim odklonom (s). Podatki so bili normalno porazdeljeni, zato smo povezanost med spremenljivkami lahko preverili s Pearsonovo korelacijsko analizo (r). Izračunano povezanost smo opisovali pri vrednostih: 0.00 – ni povezanosti; 0.01–0.19 – neznatna povezanost; 0.20–0.39 – nizka/šibka povezanost; 0.40–0.69 – srednja/zmerna povezanost; 0.70–0.89 – visoka/močna povezanost; 0.90–0.99 – zelo visoka/zelo močna povezanost; 1.00 – popolna (funkcijska) povezanost (Field, 2009). Stopnja statistične značilnosti je bila upoštevana pri vrednosti 0.05.

Med analizo podatkov smo iz vseh merjenih spremenljivk zadovoljstva (zadovoljstvo s poslanim SMS-sporočilom, sporočanje s pisnim vabilom, z urnikom naročanja, eNaročanjem, telefonskim pogovorom, posredovanimi informacijami o pripravah na pregled in zadovoljstvo z eReceptom) sestavili Indeks *Zadovoljstvo – celovito*. Za preprostejšo interpretacijo indeksa smo končne rezultate z 5-stopenjske lestvice zastavili na 3-stopenjsko (vrednosti 1–2 smo opisali kot »nezadovoljen«; 3 – ne morem se odločiti; 4 in 5 pa kot »zadovoljen«).

Rezultati

Zadovoljstvo z naročanjem na zdravstveno obravnavo

Bolj ali manj so bili anketiranci povabljeni na pregled v bolnišnico s papirnim vabilom in SMS-sporočilom (37,6 %, $n = 120$) ter bili večkrat obveščeni o terminu za zdravstveno obravnavo (65,2 %, $n = 208$). Večina anketirancev je že v preteklosti uporabila storitev eZdravje (64,9 %, $n = 207$), vendar jih več kot polovica za naročanje najpogosteje uporablja telefon (Tabela 1).

Tabela 1: Najpogosteje uporabljena metoda naročanja na zdravstveno obravnavo ($n = 319$)

Table 1: The most commonly used method for health services appointment scheduling ($n = 319$)

Odgovor/Answer	Vrednost/Value	
	<i>n</i>	%
Po telefonu.	177	55,5
Preko portala eNaročanje (zVEM).	67	21,0
Oseбно.	38	11,9
Po e-pošti.	34	10,7
Po klasični pošti.	3	0,9

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

Zadovoljstvo z odzivnim časom po telefonu kaže, da za večji del anketirancev traja čakanje na odziv zdravstvene službe primerno dolgo (Tabela 2).

Tabela 2: Ocena odzivnega časa službe za naročanje pri naročanju po telefonu ($n = 319$)

Table 2: Assessment of the response time of the telephone ordering service ($n = 319$)

Odgovor/Answer	Vrednost/Value	
	<i>n</i>	%
Bil sem v čakalni vrsti, čakanje primerno dolgo.	134	42,0
Bil sem v čakalni vrsti, čakanje predolgo, a sem vztrajal.	53	16,6
Odgovor sem prejel takoj, brez čakanja.	45	14,1
Naročanja nisem izvedel po telefonu.	45	14,1
Poklical sem večkrat, nisem prejel odziva, a so vrnil klic.	17	5,3
Bil sem v čakalni vrsti, čakanje predolgo, zato sem prekinil.	14	4,4
Poklical sem večkrat, a ni bilo odziva.	8	2,5

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

Anketiranci so z eNaročanjem zadovoljni predvsem zato, saj je hitrejša ($n = 190$, 59,6 %), postopek je razumljiv in preprost ($n = 181$, 56,7 %), dostopnost do naročanja je večja ($n = 163$, 51,1 %), omogoča takojšnjo informacijo o čakalni dobi ($n = 174$, 54,5 %) in okvirnem terminu zdravstvene obravnave ($n = 192$, 60,2 %) ter lajša izbiro zdravstvene ustanove ($n = 207$, 64,9 %). Med podanimi prednostmi eNaročanja sta najbolj izraženi hitrost in večkratno obveščanje (Tabela 3). Nezadovoljstvo je

Tabela 3: Povprečne ocene prednosti eNaročanja ($n = 319$)

Table 3: Average satisfaction scores with eAppointment ($n = 319$)

Trditev o eNaročanju/ Statements about eAppointment	$\bar{x}$	<i>s</i>
Je hitrejša od telefonskega.	4,46	1,38
Ustreza mi, da sem večkrat obveščen o terminu zdravstvene obravnave.	4,07	1,97
Omogoča izbiro zdravstvene ustanove.	3,67	2,15
Omogoča takojšnjo informacijo o okvirnem terminu zdravstvene obravnave.	3,60	2,06
Omogoča sproščeno naročanje.	3,48	1,93
Postopek je razumljiv in enostaven.	3,43	2,04
Ponuja možnost preusmeritve v drugo ustanovo s krajšo čakalno dobo.	3,39	2,06
Omogoča večjo dostopnost do naročanja na zdravstveno obravnavo.	3,37	1,90
Omogoča takojšnjo informacijo o čakalni dobi.	3,34	2,03
Zagotavlja obveščanje v primeru spremembe termina zdravstvene obravnave.	3,29	2,05
Zagotavlja varovanje osebnih podatkov.	3,27	1,91
Je primerno le za mlade.	3,20	1,85
Večkrat sem obveščen o prenaročanju na zdravstveno obravnavo.	2,79	2,00
Osební zdravnik mi je razložil potek eNaročanja.	1,89	1,55

Legenda/Legend: $\bar{x}$ – povprečje/average; *s* – standardni odklon/standard deviation, uporabljena lestvica od 1 do 6: (1) Se sploh ne strinjam., (6) Zelo se strinjam./Scale from 1 to 6: (1) Strongly disagree (6) Strongly agree

več kot polovica anketiranih ($n = 181$, 56,7 %) izrazila zaradi šibke razlage postopka eNaročanja pri osebnem zdravniku.

Večina anketiranih (82,8 %, $n = 264$) doslej ni potrebovala pomoči pri naročanju na pregled. Ugotavljamo, da se potreba po pomoči pri eNaročanju značilno povezuje s starostjo – s staranjem se več ($r = 0,233$, $p < 0,001$), skoraj polovica anketirancev, 43,6 % ($n = 139$) meni, da je eNaročanje primerno le za mlade.

Zadovoljstvo s celotnim informacijskim sistemom eZdravje

Anketiranci so v povprečju zadovoljni s kakovostjo informacijskega sistema eZdravje ($n = 271$; $\min = 2$; $\max = 5$, $\bar{x} = 4,18$, $s = 0,69$). Najbolj so zadovoljni s sporočanjem po SMS-u, takoj za tem sledijo eRecept, eNapotnica, eNaročanje, e-pošta in zVem. Anketiranci so izrazili zadovoljstvo s pisnim vabilom in telefonskim pogovorom, z obveščanjem o prenaročanju in informiranjem o pripravi na pregled. Anketirani niso

zadovoljni z urnikom naročanja, informiranjem o čakalni dobi in ne/dostopnostjo zdravnika (Tabela 4).

S Pearsonovo korelacijsko analizo smo ugotavljali, ali se zadovoljstvo z eZdravjem povezuje s starostjo ali stopnjo izobrazbe. Ugotovili smo, da se zadovoljstvo z eZdravjem sicer statistično značilno, vendar se izredno šibko povezuje zgolj s starostjo anketiranca ($r = -0,166$, $p = 0,003$), in sicer tako, da se z višjo starostjo zadovoljstvo znižuje.

Diskusija

Večina anketiranih je že uporabljala in izkazujejo zadovoljstvo z uporabo informacijskega sistema eZdravje. Zadovoljstvo anketiranih določajo predvsem eNaročanje, eRecept in SMS-sporočila, bolj ali manj zaradi hitrosti in večkratnega informiranja o terminu zdravstvene obravnave. S staranjem anketiranih se zadovoljstvo s sistemom eZdravje znižuje, nižata ga omejena razpoložljivost informacij o čakalni dobi in dostopnosti zdravnika ter pomanjkanje razlage o

Tabela 4: Stopnje zadovoljstva z eZdravjem ($n = 319$)

Table 4: Level of satisfaction with eHealth ($n = 319$)

Storitev/Service	Stopnja zadovoljstva/Level of satisfaction % (n)					
	Sploh nisem zadovoljen/ Very dissatisfied	Nisem zadovoljen/ Dissatisfied	Ne zadovoljen, niti nezadovoljen/ Neither satisfied, nor dissatisfied	Sem zadovoljen/ Satisfied	Zelo sem zadovoljen/ Very satisfied	Ni odgovora, storitve ne poznam/ No answer given, service unknown
zadovoljstvo – celovito (Indeks)	0 (0)	0,6 (2)	12,2 (39)	43,3 (138)	28,8 (92)	15 (48)
SMS-sporočilo	0 (0)	0,3 (1)	2,5 (8)	38,2 (122)	39,2 (125)	16,9 (54)
pisno vabilo	1,3 (4)	1,6 (5)	3,8 (12)	42,6 (136)	33,9 (108)	14,1 (45)
urnik naročanja	1,6 (5)	8,5 (27)	15,4 (49)	43,3 (138)	15 (48)	13,5 (43)
eNapotnica	0,6 (2)	0,6 (2)	5 (16)	36,7 (117)	28,2 (90)	25,1 (80)
telefonski pogovor	1,3 (4)	0,6 (2)	6,6 (21)	37,6 (120)	26,6 (85)	24,1 (77)
informacije glede priprav na pregled	0,3 (1)	2,8 (9)	13,5 (43)	37,9 (121)	19,7 (63)	22,3 (71)
eRecept	0,3 (1)	0,9 (3)	3,4 (11)	32 (102)	30,1 (96)	30,1 (96)
eNaročanje	0,6 (2)	0,9 (3)	6 (19)	41,4 (132)	21 (67)	27,3 (87)
obveščanje o prenaročanju	1,3 (4)	2,2 (7)	11,6 (37)	35,4 (113)	19,7 (63)	26,3 (84)
zagotavljanje varnosti osebnih podatkov	0,6 (2)	1,9 (6)	16 (51)	32 (102)	15,7 (50)	30,1 (96)
e-pošta	0,6 (2)	2,8 (9)	7,5 (24)	30,1 (96)	17,2 (55)	41,1 (131)
zVEM	2 (6)	1 (3)	6,5 (20)	33,2 (102)	16,6 (51)	39,2 (125)
informiranje o čakalni dobi	2,8 (9)	8,5 (27)	16,6 (53)	25,1 (80)	11,0 (35)	32,3 (103)
informiranje o dostopnosti zdravnika	2,8 (9)	7,8 (25)	16,0 (51)	26,0 (83)	9,7 (31)	33,9 (103)
eTriaža	1,6 (5)	1,6 (5)	8,2 (26)	15,4 (49)	5,6 (18)	63,9 (204)

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

postopku eNaročanja v ambulantni osebni zdravnik.

Aplikacije eZdravja omogočajo izboljšanje koordinacije oziroma integracije, kontinuiteto oskrbe in izboljšane možnosti za izmenjavo digitalnih podatkov, komunikacije in posvetovanja na daljavo (Melchiorre et al., 2018). Telemedicina je danes postala nepogrešljiva oblika svetovanja in zdravljenja, saj lahko varno, dostopno in preprosto prenesemo medicinske informacije, s čimer prihranimo čas, znižamo stroške in pripomoremo k boljšemu življenju prebivalstva (Tajki et al., 2021). Načrtovanje sprememb in izboljšav mora temeljiti na mnenju pacientov, ki je pomemben kazalec stanja in razvoja vsakega zdravstvenega sistema (Starman Trampuš, 2015; Terglav et al., 2019).

Iz naše raziskave izhaja, da imajo anketirani z eNaročanjem bolj ali manj pozitivne izkušnje, med katerimi največ zadovoljstva doprinese prihranek na času. Upoštevati je treba, da pri odstotku oseb z vsaj osnovnimi digitalnimi spretnostmi Slovenija zaostaja za evropskim povprečjem (Slovenija: 50 %; EU: 54 %) (DESI, 2022) in eNaročanje prihrani uporabniku čas samo, če je več računalnika (Šavs, 2021). Kot navaja Trdin (2021), starejše osebe (65–81 let) sicer uporabljajo različno tehnologijo, vendar naši podatki kažejo, da se pri naročanju preko sistema eZdravje s staranjem povečuje potreba po pomoči druge osebe. Prav tako Rasi et al. (2021) pišejo, da uporaba e-storitev pogosto zahteva podporo otrok, vnukov, sosedov in prijateljev. Zato je kljub dostopnosti informacijskega sistema pacientom treba svetovati o poteku naročanja in poudariti, naj bodo pozorni na čas veljavnosti napotnega dokumenta in opombe. Proces naročanja se torej začne že v ambulantni osebni zdravnik, kjer bi pacientu lahko znatno olajšali samostojni vpis v čakalni seznam, če bi mu posredovali izpisek izdane napotnice. Za boljšo informiranost in razumevanje eNaročanja bi bilo uporabnikom smiselno pripraviti tudi zloženko s pisnimi navodili, kako, kje in kdaj se je mogoče na različne načine naročiti na zdravstveno obravnavo.

Anketirani se kljub prednostim eZdravja po večini raje odločajo za telefonsko naročanje, zato je pomembno in nujno, da bolnišnica ohrani telefonske linije in pacientom omogoči več različnih možnosti naročanja na zdravstveno obravnavo. Podobno v raziskavi navajajo Jerman (2018) in Tajki et al. (2021), ki so ugotovili, da je v ambulantah, kjer je veliko starejših ljudi, več telefonskih kontaktov in nižje število elektronskih sporočil. Vendar lahko pogosta uporaba telefonskih klicev povzroči zasedenost in nedosegljivost telefonskih linij, kar posledično povzroči nezadovoljstvo pacientov (Škerjanc, 2018). Pacientu je pomembno, da z njim vzpostavimo kontakt, ga poslušamo in ga pravilno usmerimo (Starman Trampuš, 2015). V tem primeru so Mabona et al. (2022) poudarili ključno vlogo medicinskih sester pri telefonskem naročanju, ki naj omogočajo odprto komunikacijo s pacientom, podpirajo sodelovanje

in vzajemno spoštovanje. Za izboljšanje kakovosti komunikacije na obeh straneh in preprečevanje morebitnih neprijetnih in stresnih situacij v telefonskih pogovorih s pacienti priporočajo snemanje takšnih pogovorov. Predpogoj temu je zagotovitev zadostnega števila informatorjev na telefonskem naročanju, s čimer bi skrajšali čas čakanja na prostega operaterja.

Anketiranci so izrazili zadovoljstvo tudi z eReceptom, ki omogoča izmenjavo sporočil z zalednimi sistemi, ki jih uporabljajo predpisovalci in izdajatelji zdravil. Pacienti so pred eReceptom po nepotrebnem čakali na ponavljajoče se recepte, uporabljal se je računalniški program, v katerega je bilo treba ročno vnašati podatke; obstajal je le recept, natisnjen na papir (SRC Infonet, 2022b). Podobno, kot velja za eNaročanje, Šavs (2021) poudarja, da eRecept prihrani čas uporabniku, saj mu zaradi tega ni treba iti v ambulantno. Prav tako prihrani čas medicinski sestri in zdravniku, saj eRecept pomeni manj obiskov enega in istega pacienta v ambulantni.

Rezultate naše raziskave je treba razlagati z zadržkom, saj je bil anketni vprašalnik v pisni obliki podan samo anketirancem v eni bolnišnici. Za nadaljnje raziskovanje bi bilo treba anketni vprašalnik skrajšati in obenem dopolniti ter v njem obravnavati vse mogoče oblike naročanja na zdravstveno obravnavo. Anketni vprašalnik bi lahko pripravili v elektronski obliki in anketirali zgolj paciente/uporabnike po opravljeni zdravstveni obravnavi. S tem bi pridobili natančnejše rezultate. V okviru omejitve raziskave je treba upoštevati tudi starost in slabovidnost anketiranih, ki sta lahko omejevali razumevanje anketnega vprašalnika. Ta ni bil standardiziran, zastavljen je bil namensko. Končnega rezultata ni mogoče posploševati na širše prebivalstvo.

Zaključek

Pacienti, ki so sodelovali v naši raziskavi, so zadovoljni z informacijskim sistemom eZdravje, ampak se jih več kot polovica na zdravstveno obravnavo naroča telefonsko in s staranjem potrebujejo vse več pomoči. Zadovoljni so predvsem s tem, da se je preko eNaročanja mogoče prijaviti v čakalno vrsto hitro, po naročilu na termin pregleda pa prejmejo več obvestil. Kot pomanjkljivo so navedli informiranje o postopku eNaročanja v napotni ambulantni, čakalni dobi in dostopnosti zdravnik.

Kljub spreminjanju zdravstvenega sistema in dolгим čakalnim dobam morajo zdravstvene ustanove graditi na dostopnosti. Storitve znotraj informacijskega sistema eZdravje bi lahko bile ključne pri tem predvsem z: razvojem aplikacij, ki bi bile prilagojene starejšim osebam; večjo dostopnostjo telefonskih operaterjev; in vzgojnozdravstvenimi gradivi za boljše razumevanje in uporabo eZdravja. Zaradi novih storitev in nenehnega spreminjanja tako zdravstvenega kot tudi informacijskega sistema

eZdravje je treba neprekinjeno poučevanje celotnega prebivalstva o digitalnih storitvah, ki se prepletajo v sistemu zdravstvene obravnave pacienta.

Nasprotje interesov/Conflict of interests

Avtorici izjavljata, da ni nasprotja interesov./The authors declare that no conflict of interests exists.

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je bila opravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

Prispevek avtorjev/Author contributions

Obe avtorici sva sodelovali pri zasnovi raziskave, analizi in interpretaciji ter končni odobritvi prispevka. Pridobivanje podatkov je opravila N. K. Članek je sestavila in uredila M. P./Both authors were involved in the design of the study, data analysis, interpretation, and final approval of the contribution. Data collection was performed by NK. The article was composed and edited by MP.

Literatura

Bisswas, S., Adhikari, S., Gupta, N., Garg, R., Bharti, S., Kumar, V., & Bhatnagar, S. (2020). Smartphone-based telemedicine service at palliative care unit during nationwide lockdown: Our initial experience at a tertiary care cancer hospital. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(1), S31–S35. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_161_20 PMID:33088083; PMCID:PMC7535006

Dolenc, M. (2019). *Varstvo osebnih podatkov pri dostopanju do storitve eNapotnica* [magistrska naloga, Univerza v Ljubljani].

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). SAGE Publications.

Hrgarek, L., Bošnjak, L., Družovec, T. W., & Kamilašić, A. (2018). Zakonodajni in tehnični vidik varovanja osebnih podatkov v slovenskih zdravstveno-informacijskih sistemih. *Uporabna informatika*, 26(1), 1–7. <https://doi.org/10.31449/upinf.21>

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

Jerman, A. (2018). *Analiza sistema e-Naročanja na specialistične ambulantne preglede v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik* [magistrska naloga, Univerza v Mariboru].

Mabona, J. F., van Rooyen, D. R., & Ten Ham-Baloyi, W. (2022). Best practice recommendations for healthy work environments for nurses: An integrative literature review. *Health SA Gesondheid*, 27, Article a1788. <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1788> PMID:35548062; PMCID:PMC9082217

Melchiorre, M. G., Papa, R., Rijken, M., van Ginneken, E., Hujala, A., & Barbabella, F. (2018). eHealth in integrated care programs for people with multimorbidity in Europe: Insights from the ICARE4EU project. *Health Policy*, 122(1), 53–63. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.08.006> PMID:28899575

Ministrstvo za zdravje. (2020a). *Rešitve. SiNCP*. <https://ezdrav.si/storitve/sincp/>

Ministrstvo za zdravje. (2020b). *Rešitve. Osebna kartica zdravil*. <https://ezdrav.si/storitve/okz/>

Ministrstvo za zdravje. (2020c). *Rešitve. EUEZ*. <https://www.ezdrav.si/storitve/varnostna-shema/>

Ministrstvo za zdravje. (2020d). *Rešitve. RIZDDZ*. <https://www.ezdrav.si/storitve/rizddz/>

Ministrstvo za zdravje. (2020e). *Rešitve*. <https://www.ezdrav.si/storitve/>

Plahuta, A., Skrt, S., Jazbec, J., Prosen, M., & Ličen, S. (2022). Zadovoljstvo pacientov z dostopnostjo zdravstvenih storitev v obdobju epidemije covid-19: opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(4), 291–300. <https://doi.org/10.14528/snr.2022.56.4.3124>

Ramaswamy, A., Yu, M., Drangsholt, S., Ng, E., Culligan, P. J., Schlegel, P. N., & Hu, J. C. (2020). Patient satisfaction with telemedicine during the COVI-19 pandemic: Retrospective cohort study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), Article e20786. <https://doi.org/10.2196/20786> PMID:32810841; PMCID:PMC7511224

Rant, Ž., Janet, J., & Stanimirović, D. (2020). Zdravje delovno aktivne populacije. In A. Petelin (Ed.), *Portal zVEM - varno stičišče storitev eZdravja in zdravstvene dokumentacije: zbornik povzetkov z recenzijo: 4. znanstvena in strokovna konferenca z mednarodno udeležbo, 18. september 2020* (pp. 184–183). Založba Univerze na Primorskem.

- Rant, Ž., & Rudel, (2021). Telemedicinske storitve v Sloveniji. In P. Šprajc, A. Žnidaršič, D. Maletič, D. Tomič, N. Petrovič, O. Arsenijević, ... & Y. Ziegler (Eds.), *40. mednarodna konferenca o razvoju organizacijskih znanosti: vrednote, kompetence in spremembe v organizacijah: konferenčni zbornik, online, Ms Teams, 17.–19. marec 2021* (pp. 851–863). University of Maribor, University Press. <https://doi.org/10.18690/978-961-286-442-2.57>
- Rasi, P., Lindberg, J., & Airola, E. (2021). Older service users' experiences of learning to use eHealth applications in sparsely populated healthcare settings in Northern Sweden and Finland. *Educational Gerontology*, 47(1), 25–35. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1851861>
- Služba Vlade Republike Slovenije za digitalno preobrazbo. (2022). *Slovenija zopet napredovala na indeksu digitalnega gospodarstva in družbe (DESI)*. <https://www.gov.si/novice/2022-07-28-slovenija-zopet-napredovala-na-indeksu-digitalnega-gospodarstva-in-druzbe-desi/>
- SRC Infonet. (2022b). *eRecept*. <https://www.infonet.si/produkti/erecept/>
- Slovensko društvo za medicinsko informatiko (SDMI). (2014). *Novice*. https://sdmi.si/novice/aktualno/novicka.html?page_n33=7
- Stanimirović, D. & Janet, J. (2020). Portal zVem: Uporaba in razvojne usmeritve. *Novis*, 20(11/12), 38–39. https://zdrzz.si/f/docs/Aktualno/Novis_november-december_2020.pdf
- Starman Trampuš, B. (2015). *Zadovoljstvo in odzivnost uporabnikov zdravstvenih storitev* [zaključna projektna naloga, Univerza na Primorskem].
- Statistični urad republike Slovenije (SURS). (2019). *Uporaba interneta v gospodinjstvih in pri posameznikih*. <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/8423>
- Šavs, T. (2021). *Analiza zadovoljstva uporabnikov in zdravstvenih delavcev s storitvami e-zdravja v Sloveniji* [diplomska naloga, Univerza v Ljubljani].
- Škerjanc, E. (2018). *Vpliv obremenjenosti medicinskih sester na medosebne odnose v zdravstveni negi* [magistrska naloga, Univerza v Mariboru].
- Šuklar, S. (2018). Sistemi vodenja kakovosti v primarni zdravstveni dejavnosti. *Izzivi prihodnosti*, 3(1), 21–53.
- Tajki, A. V., Virtič, T., & Dinevski, D. (2021). Telemedicinske storitve v družinski medicini. *Informatika Medica Slovenica*, 26(1/2), 32–38.
- Terglav, Z. B., Selak, Š., Vrdelja, M., Kaučič, M. B., & Gabrovec, B. (2019). Zadovoljstvo državljanov Republike Slovenije z zdravstvenimi storitvami v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(2), 112–118. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.1.318>
- Trdin, N. (2021). *Uporaba tehnologije pri starejših: zaključna projektna naloga* [doktorska disertacija, Univerza na Primorskem].
- Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu. (2019). *E-naročanje*. <https://www.gov.si/zbirke/projekti-in-programi/ezdravje/>
- Urad Republike Slovenije za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu. (2022). *Kakovost zdravstvenega varstva*. <https://www.gov.si teme/kakovost-zdravstvenega-varstva/>
- zVEM. (2019). *Vaše zadovoljstvo z zdravstveno obravnavo*. Vprašalnik za paciente. <https://zvem.ezdrav.si/limesurvey/index.php/119932/lang-sl>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714

Citirajte kot/Cite as:

Kodermac, N., & Peršolja, M. (2024). Zadovoljstvo pacientov z informacijskim sistemom eZdravje v splošni bolnišnici: presečna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(4), 271–278. <https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.4.3266>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Duhovna oskrba žensk po spontani prekinitvi nosečnosti: sistematični pregled literature

Spiritual care of women after spontaneous miscarriage: A systematic literature review

Zala Macuh¹, Zvonka Fekonja², Rosemarie Franc³, Sergej Kmetec², Nataša Mlinar Reljič^{2,*}

Ključne besede: duhovnost; duhovne potrebe; spontani splav

Key words: spirituality; spiritual needs; miscarriage

¹ Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za kirurgijo, Ljubljanska ulica 5, Maribor, Slovenija

² Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, Žitna ulica 15, 2000 Maribor, Slovenija

³ Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, Ljubljanska ulica 5, Maribor, Slovenija

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
natasa.mlinar@um.si

IZVLEČEK

Uvod: Prekinitev nosečnosti predstavlja stisko za žensko, partnerja in družino. Pomembno je, da zdravstveno osebje v celovito zdravstveno obravnavo vključi tudi duhovno oskrbo. Namen pregleda literature je ugotoviti, kakšno duhovno oskrbo najpogosteje potrebujejo ženske po spontani prekinitvi nosečnosti.

Metode: Izveden je bil sistematični pregled literature v bazah podatkov CINAHL Ultimate, Science Direct, Wiley Online Library in Web of Science z iskalnim nizom v angleškem jeziku. Za prikaz iskanja, pregleda in izbora člankov za analizo je bil uporabljen diagram poteka PRISMA. Izvedena je bila kritična ocena člankov s kontrolnimi seznammi Joanna Briggs Institute. Zbrani podatki so bili analizirani po metodi vsebinske analize.

Rezultati: Iskanje je dalo 490 zadetkov, od katerih je bilo v končno analizo vključenih devet raziskav. Glavno kategorijo smo oblikovali na osnovi treh podkategorij: (1) čustvovanje in počutje, (2) medosebni odnosi in (3) duhovna rast.

Diskusija in zaključek: Ugotovitve kažejo, da je pri zagotavljanju duhovne oskrbe ključno razumevanje duhovnih potreb in stisk, ki jih doživljajo ženske po spontani prekinitvi nosečnosti. Poleg medicinske oskrbe si zelo želijo tudi dobro duhovno oskrbo. Ženske svoje duhovne potrebe izražajo skozi čustva in občutke, ki jih morajo medicinske sestre in babice prepoznati ter se nanje ustrezno odzvati. Duhovna oskrba mora temeljiti na razumevanju, sočutju in podpori.

ABSTRACT

Introduction: Termination of pregnancy represents a major distress for the woman, her partner and family, as well as for the medical staff who need to provide comprehensive health care, of which spiritual care is an essential aspect. The aim of the literature review is to identify the type of spiritual care that women need after a spontaneous miscarriage.

Methods: A systematic literature review was conducted in April 2023 in the CINAHL Ultimate, Science Direct, Wiley Online Library, and Web of Science databases using an English-language search string. The search, review, and selection of articles followed the PRISMA guidelines. The articles were critically appraised. The data collected were analysed using the method of content analysis.

Results: The literature search yielded 490 studies, nine of which were included in the final analysis. The main category consisted of three subcategories: (1) Emotions and Feelings, (2) Interpersonal Relationships, and (3) Spiritual Growth.

Discussion and conclusion: The results show that spiritual care requires an understanding of women's spiritual needs and distress after a spontaneous termination of pregnancy. After a miscarriage, women desire quality spiritual care in addition to medical care. Women tend to express their spiritual needs through emotions and feelings, which need to be recognised and responded to appropriately by nurses and midwives. Spiritual care should be based on understanding, compassion and support.



Uvod

O prekinjeni nosečnosti govorimo, kadar se nosečnost konča s smrtjo zarodka (Takač & Geršak, 2016). V Sloveniji je bilo v letu 2021 zabeleženih skupno 5365 smrti, med katere prištevamo vse smrti zarodkov in plodov, ki so bili ob tem dogodku lažji od 500 gramov in pri katerih je nosečnost trajala manj kot 22 tednov. Mednje sodijo tudi spontane prekinitve nosečnosti, ki jih je 7–10 % (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2023). Najpogostejši razlog za spontano prekinitiv v prvem tromesečju je kromosomska nepravilnost pri plodu (Tur-Torres et al., 2017). Med pogoste razloge za spontano prekinitiv nosečnosti prištevamo različne infekcije, nezdrave življenjske navade matere, uživanje alkohola ali prepovedanih drog, kajenje, hormonske težave, velike količine kofeina ter starost nosečnice (Takač & Geršak, 2016). O ponavljajoči spontani prekinitvi nosečnosti govorimo, kadar gre za tri ali več zaporednih izgub zarodka. Eden izmed glavnih dejavnikov za pojav ponavljajočih se spontanih prekinitiv nosečnosti je starost matere, ki poveča pogostost kromosomskih nepravilnosti zarodka (Choi et al., 2014).

Prekinitiv nosečnosti predstavlja breme za žensko, partnerja in družino. Pogosto so v stiski tudi medicinske sestre in babice, ki sodelujejo v zdravstveni obravnavi, saj se od njih pričakuje, da zagotavljajo celovito oskrbo, katere pomemben del je tudi duhovna oskrba (Timmins & Caldeira, 2019). Ženski, ki izgubi svojega nerojenega otroka zaradi spontane prekinitve nosečnosti, se zruši njen duhovni svet (Mihelič Zajec et al., 2020). Spontana prekinitiv nosečnosti lahko pri ženskah povzroči zapleteno žalovanje in celo duhovno stisko (Herdman & Kamitsuru, 2018). Ženske, ki doživijo smrt ploda, sebe pogosto postavijo v vlogo žrtve, odzovejo se z jezo ali zapadejo v depresijo (Montenegro Lima et al., 2017). Pojavi se strah pred spolnostjo in zanositvijo, lahko tudi odpor do partnerja; ženska postane tiha, introvertirana, nedostopna in lahko tudi nezanesljiva, včasih se pojavijo celo samomorilne misli (van Ditzhuijzen, 2019). Nekatere raziskave (Tur-Torres et al., 2017) kažejo, da si ženske ob spontanah prekinitvah nosečnosti želijo predvsem več notranje moči, upanja, samoodgovornosti ter pomoči pri iskanju smisla življenja, življenjskega namena in poslanstva.

Ženske, ki so doživele spontano prekinitiv nosečnosti, si želijo, da bi partner, družina in najbližji razumeli njihovo stisko, z njimi žalovali, jih podpirali, predvsem pa ne povzročali dodatnih neprijetnih čustvenih in duhovnih stisk (Adib-Rad et al., 2019; Galeotti et al., 2020). Zato jim je treba zagotoviti čustveno in duhovno podporo, strokovno svetovanje, pojasnila o morebitnih znanih in neznanih vzrokih ter posledicah spontane prekinitve nosečnosti (Meeks, 2021). Zelo pomembno je, da medicinske sestre in babice ženskam po spontani prekinitvi nosečnosti nudijo zadostno mero zaupanja.

Ženske, ki negovalnemu osebju ne morejo zaupati, se pogosteje neučinkovito soočajo s svojimi stiskami (Adib-Rad et al., 2019). Posebej ranljive so ženske, ki imajo že predhodne izkušnje s prekinitvijo nosečnosti. Te ženske lahko dojemajo nosečnost kot novo grožnjo in so pogosto nagnjene k pretirani pozornosti, pretiranemu čustvovanju, zaskrbljenosti in izražanju neupravičenega strahu. Poleg tega izražajo veliko potrebo po informacijah, pretirani skrbi zase, povečano tveganje za pojav simptomov tesnobe, depresije in somatskih težav, kot sta glavobol in utrujenost, ter spremenjeno doživljanje sebe in okolice (Lee et al., 2023). Ženske po spontani prekinitvi nosečnosti potrebujejo celostno obravnavo, katere pomemben del je duhovna oskrba (Timmins & Caldeira, 2019).

Medicinske sestre in babice duhovno razsežnost v zdravstveni obravnavi pogosto spregledajo, saj je koncept duhovnosti še vedno slabo razumljen, poleg tega pa prihaja tudi do nejasnosti med zapletenima konceptoma duhovne in psihološke oskrbe ter dojemanjem duhovnosti kot sinonima za religioznost (Attard et al., 2014). Poleg tega imajo zdravstveni delavci pogosto premalo znanja o zagotavljanju duhovne oskrbe (Attard et al., 2019; van Leeuwen & Schep-Akkerman, 2015), kar je lahko razlog za nerazumevanje duhovnih potreb, ki ostanejo nezadovoljene.

Namen in cilji

Z ugotovitvami pregleda želimo prispevati k razumevanju duhovne stiske, ki jo doživljajo ženske po spontani prekinitvi nosečnosti, da bi medicinske sestre in babice lahko zagotavljale učinkovito duhovno oskrbo v okviru celostne, na žensko osredotočene zdravstvene obravnave. Raziskovalno vprašanje se glasi: Kakšno duhovno oskrbo potrebujejo ženske po spontani prekinitvi nosečnosti?

Metode

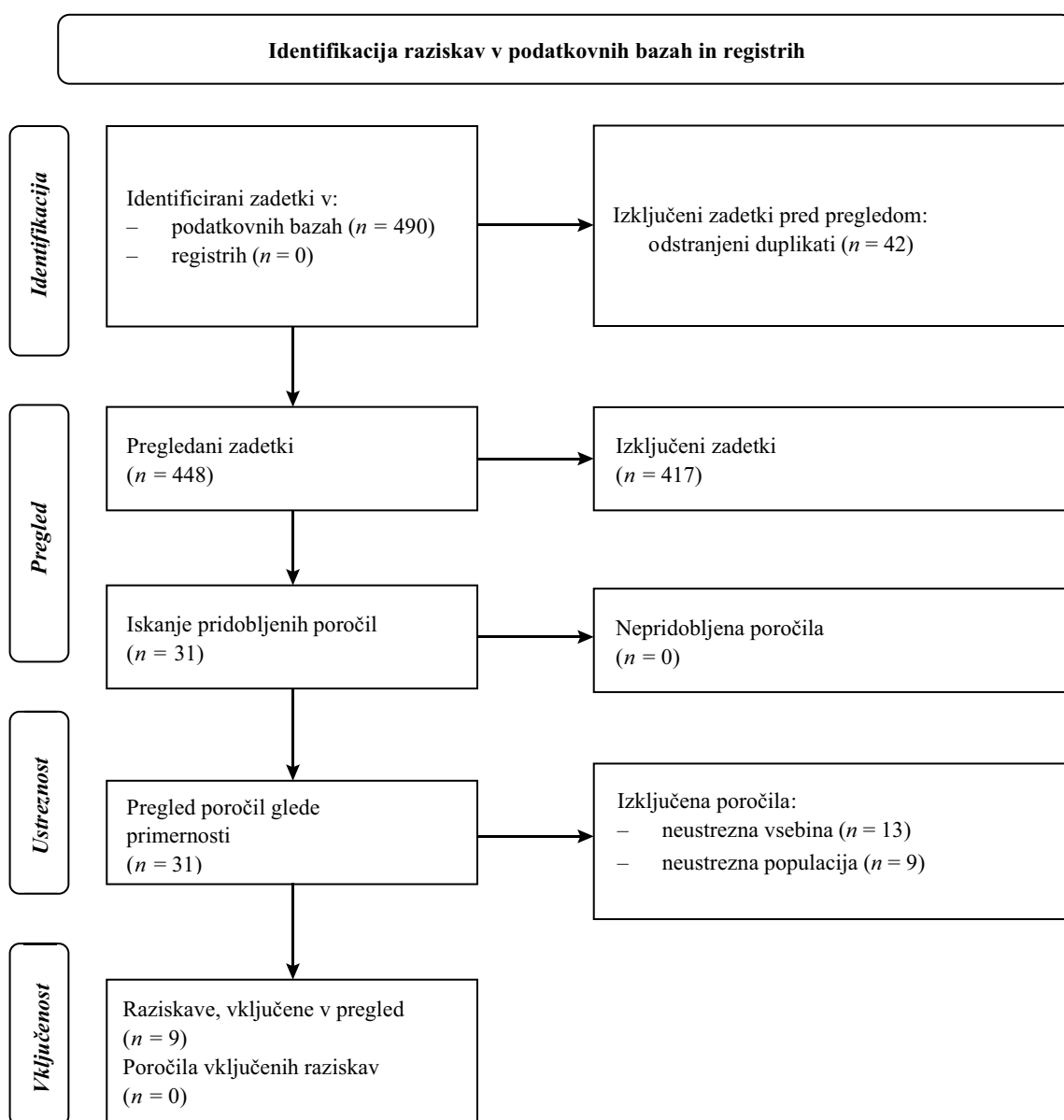
Opravljen je bil sistematični pregled literature, ki je primerna metoda za ugotavljanje, ocenjevanje, analizo in povzemanje vključenih raziskav ter interpretacijo ključnih ugotovitev (Page et al., 2021).

Metode pregleda

Pregled je bil izveden v aprilu 2023 v mednarodnih bazah podatkov CINAHL Ultimate, Science Direct, Wiley Online Library in Web of Science na osnovi predhodno oblikovane iskalne strategije, kot prikazuje Tabela 1. Kot vključitvene kriterije smo upoštevali kvantitativne in kvalitativne raziskave ter raziskave mešanih metod, ki obravnavajo tematiko duhovne oskrbe žensk po spontani prekinitvi nosečnosti. Izključitveni kriterij je predstavljala literatura, ki vsebinsko ne ustreza tematiki duhovne oskrbe žensk po prekinitvi nosečnosti, vrste člankov, kot

Tabela 1: Iskalna strategija**Table 1:** Search strategy

Kriteriji/Criteria	Vključitveni kriteriji/Inclusion criteria	Izključitveni kriteriji/Exclusion criteria
Populacija	Ženske.	Nosečnice, moška populacija, otroci, mladostniki < 18 let, starejše osebe.
Intervencija, obravnava	Prekinitev nosečnosti.	Ne vključujejo prekinitve nosečnosti.
Izid	Duhovna oskrba.	Druge vrste oskrbe, razen duhovne.
Vrste raziskav	Članki na osnovi kvalitativne metodologije, kvantitativne metodologije, raziskave mešanih metod.	Sistematični pregledi oziroma druge vrste preglednih člankov, uvodniki, protokoli, dvojniki in mnenja.
Iskalne omejitve/Limitations		
Časovni okvir	2013–2023.	
Jezik	Angleščina.	
Dostopnost člankov	Brez omejitev.	

**Slika 1:** Diagram poteka po metodologiji PRISMA (Page et al., 2021)**Figure 1:** Flow chart based on the PRISMA methodology (Page et al., 2021)

so pregledni članki, mnenja, poročila in uvodniki. Pri pregledu literature smo se omejili na iskanje v angleškem jeziku in zadnje desetletje. Iskanje je bilo izvedeno z iskalnim nizom, ki je temeljil na raziskovalnem vprašanju PIO, in z uporabo Boolovih operatorjev AND ter OR: ((*Woman OR Women*) AND (*Spiritual* OR Spiritual Care OR Spiritual Need OR Spiritual Technique OR Relaxation Techniques*) AND (*Abortion* OR Miscarriage OR Spontaneous abortion OR Loss of pregnancy*)).

Rezultati pregleda

Potek identifikacije, pregleda, primernosti oziroma vključenosti posameznih raziskav je prikazan po

priporočilih PRISMA (Page et al., 2021). V bazi CINAHL Ultimate smo našli 32 zadetkov, v bazi Science Direct 406 zadetkov, v bazi Wiley Online Library šest zadetkov in v bazi Web of Science 46 zadetkov. Skupno število zadetkov je bilo 490. Vse zadetke smo prenesli v program Mendeley, kjer smo po odstranitvi dvojnikov ($n = 42$) po naslovu in povzetku pregledali 448 člankov. Izločili smo 417 člankov, ki po naslovu in/ali povzetku niso ustrezali vključitvenim kriterijem. Preostalih 31 člankov smo v celoti natančno prebrali in neustrezne ($n = 22$) izločili. Razloga za izključitev sta bila vsebinska neustreznost ($n = 13$) in vrsta populacije ($n = 9$). V končno analizo smo vključili devet člankov (Slika 1).

Tabela 2: Kritična ocena kvalitativnih raziskav

Table 2: Critical assessment of qualitative trials

Vključeni članki/Articles included ($n = 4$)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Skupna KO/ Total CA
Carolan & Wright (2017)	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	8/10
Figueredo-Borda et al. (2022)	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	9/10
Kalu (2019)	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	8/10
Obelenienė & Krunglevičiūtė (2014)	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	Y	7/10

Legenda/Legend: n – število/number; Y – da/yes, N – ne/no; Q – nejasno/unclear; KO/CA – kritična ocena/critical assessment; 1 – Ali obstaja skladnost med navedeno filozofijo raziskave in raziskovalno metodologijo?/Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?; 2 – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo in raziskovalnim vprašanjem in/ali cilji?/Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?; 3 – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo in metodami, ki se uporabljajo za zbiranje podatkov?/Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?; 4 – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo ter prikazom in analizo podatkov?/Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?; 5 – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo in interpretacijo rezultatov?/Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?; 6 – Ali obstaja izjava, ki raziskovalca locira s kulturnega ali teoretičnega vidika?/Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?; 7 – Ali je prikazan vpliv raziskovalca na raziskavo ter obratno?/Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?; 8 – Ali so udeleženci in njihovi odgovori ustrezno prikazani?/Are participants and their voices adequately represented?; 9 – Ali je raziskava v skladu z veljavnimi etičnimi merili in/ali je navedena etična komisija, ki je obravnavala raziskavo?/Is the research ethical according to current criteria or recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?; 10 – Ali sklepi raziskave izhajajo iz analize ali interpretacije podatkov?/Are the conclusions drawn in the research report based on the analysis or interpretation of the data?

Tabela 3: Kritična ocena presečnih raziskav

Table 3: Critical assessment of cross-sectional trials

Vključeni članki/Articles included ($n = 5$)	1	2	3	4	5	6	7	8	Skupna KO/ Total CA
Arshad & Hafeez (2016)	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	6/8
Eklund et al. (2022)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	8/8
Fadhil & Ali (2015)	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	6/8
Marín-Morales et al. (2012)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	8/8
Moafi et al. (2021)	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	6/8

Legenda/Legend: n – število/number; Y – da/yes; N – ne/no; Q – nejasno/unclear; KO/CA – kritična ocena/critical assessment; 1 – Ali obstaja skladnost med navedeno filozofijo raziskave in raziskovalno metodologijo?/Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?; 2 – Ali sta bila vzorec in okolje podrobno opisana?/Were the study subjects and the setting described in detail?; 3 – Ali je bila izpostavljenost merjena na veljaven in zanesljiv način?/Was the exposure measured in a valid and reliable way?; 4 – Ali so bili za merjenje stanja uporabljeni objektivni in standardni kriteriji?/Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?; 5 – Ali so bili ugotovljeni zavajajoči dejavniki?/Were confounding factors identified?; 6 – Ali so bile navedene strategije za obvladovanje zavajajočih dejavnikov?/Were strategies to deal with confounding factors stated?; 7 – Ali so bili rezultati izmerjeni na veljaven in zanesljiv način?/Were the outcomes measured in a valid and reliable way?; 8 – Ali je bila uporabljena ustrezna statistična analiza?/Was appropriate statistical analysis used?

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Izvedena je bila kritična ocena člankov s kontrolnimi seznammi *Joanna Briggs Institute* (Aromataris & Munn, 2017). Glede na seštevek točk smo ocenili kakovost člankov: pri kvalitativnih raziskavah smo določili slabo (0–4 točke), srednjo (5–7 točk) in visoko kakovost (8–10 točk), pri presečnih raziskavah pa slabo kakovost (0–2 točk), srednjo kakovost (3–5 točk) in visoko kakovost (6–8 točk) (Hunter & Smith, 2007; Teixeira et al., 2019). Kritično oceno člankov so neodvisno izvedli trije avtorji, ki so neskladja uskladili z dogovorom. Članki – razen enega (Obelenienė & Krunglevičiūtė, 2014), ki je bil ocenjen kot srednjekakovosten – so bili ocenjeni kot visokokakovostni, (Tabela 2 in Tabela 3).

Za analizo in sintezo zbranih podatkov je bila uporabljena vsebinska analiza. Gre za metodo (1) analize, (2) proučevanja besedila v posameznih člankih ter (3) razvrščanja kod v kategorije z vsebinsko podobnimi pomeni s ciljem razumeti koncept duhovne oskrbe žensk po spontani prekinitvi nosečnosti (Hsieh & Shannon, 2005).

Rezultati

V nadaljevanju so prikazani rezultati analize in sinteze zbranih podatkov. V Tabeli 4 so zbrane karakteristike vključenih raziskav. Štiri raziskave so bile izvedene v Evropi, in sicer v Španiji (Marín-Morales et al., 2012), na Irskem (Kalu, 2019), na Danskem (Eklund et al., 2022) in v Litvi (Obelenienė & Krunglevičiūtė, 2014); tri raziskave so bile izvedene v azijskih državah (Arshad & Hafeez, 2016; Fadhil & Ali, 2015; Moafi et al., 2021), ena v Združenih državah Amerike (Carolan & Wright, 2017) in ena v Urugvaju v Južni Ameriki (Figueredo-Borda et al., 2022). Skupni vzorec udeleženih žensk v vključenih raziskavah, ki temeljijo na kvantitativni metodologiji, je 1472. V raziskavah, ki temeljijo na kvalitativni metodologiji, je sodelovalo skupno 40 žensk.

V nadaljevanju sledi prikaz sinteze podatkov in oblikovanja glavne kategorije *Duhovna oskrba žensk po spontani prekinitvi nosečnosti* ter podkategorij *Čustvovanje in počutje*, *Medosebni odnosi* in *Duhovna rast*.

Čustvovanje in počutje odražata razumevanje in prepoznavanje čustev in občutkov, izražanje prisotnih čustev, kot sta žalost in obup, pogovarjanje o čustvih, zmanjšanje neprijetnih čustev ter izogibanje obsojanju (Eklund et al., 2022; Obelenienė & Krunglevičiūtė, 2014). Proste kode, na primer izboljšanje splošnega počutja, diskretna oskrba ter zmanjšano destruktivno vedenje (Arshad & Hafeez, 2016; Carolan & Wright, 2017; Fadhil & Ali, 2015; Kalu, 2019; Moafi et al., 2021; Obelenienė & Krunglevičiūtė, 2014), odražajo pomembnost razumevanja čustev in njihovega izražanja. Rezultati kažejo, da spontana prekinitve nosečnosti pri ženskah ustvari občutek nemoči, ko

razumsko dojamejo dokončnost izgube otroka, ki je bil zelo zaželen (Carolan & Wright, 2017; Fadhil & Ali, 2015; Kalu, 2019; Moafi et al., 2021). Večkratna izguba nerojenega otroka predstavlja manjše zaupanje tudi v prihodnji dober izid nosečnosti, izgubo ženskosti in statusa bodoče matere ter vzbuja močan občutek krivde za neuspešno nosečnost (Arshad & Hafeez, 2016; Carolan & Wright, 2017; Fadhil & Ali, 2015; Kalu, 2019; Moafi et al., 2021).

Podkategorija *Medosebni odnosi* odraža pomembnost in vlogo medsebojnih odnosov ob spontani prekinitvi nosečnosti – ne le za žensko, ampak za celotno družino. Proste kode, na primer boljši družinski in partnerski odnosi, iskanje socialne podpore, samostojno odločanje, enotnost v družini, pozitivne spremembe v komunikaciji s sorodniki, partnerjem in v družini, reševanje problemov s komunikacijo, izogibanje obsojanju, medsebojna spodbuda, podpora in empatija žensk z izkušnjo spontane prekinitve nosečnosti (Eklund et al., 2022; Marín-Morales et al., 2012; Obelenienė & Krunglevičiūtė, 2014), kažejo na duhovno povezanost para, ožje in širše družine. Rezultati kažejo, da okolica pričakuje manj žalosti ob spontani prekinitvi nosečnosti, saj ne gre za tipična družbena pravila žalovanja, zato podpora ženskam po spontani prekinitvi nosečnosti deluje zelo blagodejno (Marín-Morales et al., 2012).

Podkategorija *Duhovna rast* odraža učinke in posledice, ki jih je spontana prekinitve nosečnosti izzvala. Podkategorijo smo oblikovali na osnovi prostih kod: pridobljeno samospoštovanje, samozaupanje, samostojno odločanje, boljši odnos z Bogom, duhovna prepričanja, srečanje z otrokom pri molitvi in meditaciji ter verski obredi (Eklund et al., 2022; Marín-Morales et al., 2012). Podkategorija kaže na pomembnost zagotavljanja religioznih potreb, ki prispevajo k duhovni rasti. Slednjo spodbuja tudi povezanost z otrokom onstran materialne dimenzije ter iskanje smisla življenja in harmonije v odnosu s samim seboj, z drugimi in naravo (Fadhil & Ali, 2015; Figueredo-Borda et al., 2022; Moafi et al., 2021).

Diskusija

Ugotovitve pregleda literature poudarjajo pomen duhovne oskrbe žensk po spontani prekinitvi nosečnosti. Iskanje v podatkovnih bazah je prineslo nekaj sto zadetkov, kar kaže na to, da duhovna oskrba žensk po spontani prekinitvi nosečnosti ni zelo zanimiva tema za raziskovanje v zdravstveni negi. V ta pregled literature so bile vključene neeksperimentalne raziskave, kar daje razmeroma malo spoznanj o raziskovalnem problemu, ki pa so kljub temu pomembna za razumevanje doživljanja žensk po spontani prekinitvi nosečnosti.

Ključna spoznanja pregleda literature z vidika duhovne podpore žensk po spontani prekinitvi nosečnosti smo identificirali v treh podkategorijah.

Tabela 4: Značilnosti vključenih raziskav
Table 4: Characteristics of included studies

<i>Avtor, država/ Author, country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i>	<i>Namen raziskave/ Research purpose</i>	<i>Vzorec/ Sampling</i>	<i>Ključne ugotovitve/ Key findings</i>
Arshad & Hafeez (2016), Pakistan	Kvantitativna metodologija, korelacijska raziskava, vprašalnik.	Ugotoviti stisko pri ženskah, ki splavijo, in izpostaviti njihov odnos do religiozne, duhovne in socialne podpore.	<i>n</i> = 100 žensk	Obstaja pomembna povezava med stisko žensk z izkušnjo spontanega splava ter religiozno, duhovno in socialno podporo. Pri religioznih ženskah je bila zaznana manjša stiska. Duhovna in socialna podpora sta pomembni pri obvladovanju stiske žensk po splavu.
Carolan & Wright (2017), Združene države Amerike	Kvalitativna metodologija, fenomenološka raziskava, poglobljeni intervjuji.	Raziskati izkušnje in doživljanja žensk po spontanem splavu.	<i>n</i> = 10 žensk, starejših od 35 let	Glavne teme kažejo, da ženske doživljajo spontani splav kot intenzivno izgubo in žalost, občutek drugačnosti, nenehno iskanje smisla. Zelo sta izražena obžalovanje in samoobtoževanje. Potrebujemo tolažbo in opredelitev izgube otroka v kontekstu njihovih duhovnih ali religioznih prepričanj. Boleče so misli, da se njihov čas za materinstvo izteka.
Eklund et al. (2022), Danska	Kvantitativna metodologija, presečna raziskava, vprašalnik.	Opisati duhovne potrebe, prepričanja, spremembe in potrebe žalujočih staršev zaradi izgube ploda.	<i>n</i> = 713 staršev (od tega 456 žensk)	Obstajajo duhovna prepričanja žensk po spontani prekinitvi nosečnosti: ponovno združenje z otrokom po smrti, srečanje z otrokom pri molitvi ali meditaciji in potrebe v zvezi z žalovanjem zaradi izgube. Duhovna oskrba daje oporo. Najbolj zaželen je pogovor o življenjskih vprašanjih s partnerji, družino ali prijatelji. Ženske so v primerjavi z moškimi bolj izražale potrebo po duhovni oskrbi in duhovnosti.
Fadhil & Ali (2015), Irak	Kvantitativna metodologija, deskriptivna analitična raziskava, vprašalnik.	Prepoznati učinke spontanega splava na fizično stanje in duhovna prepričanja; ugotoviti povezavo med fizičnim stanjem in duhovnimi prepričanji.	<i>n</i> = 200 žensk	Duhovna oskrba je zelo pomembna za duševno in čustveno zdravje žensk po spontani prekinitvi nosečnosti. Ugotavljajo, da so ženske pogosto prepričane, da je prekinitev nosečnosti božja kazen; sprašujejo se, s čim so si jo zaslužile. Pomembna sta duhovna podpora ter vplivanje na njihovo vedenje in odnos do zdravja. Posebej pomembna je duhovna podpora žensk, ki imajo negativna osebna in duhovna prepričanja.
Figueredo-Borda et al. (2022), Urugvaj	Kvalitativna metodologija, etnografska raziskava, opazovanje.	Raziskati in bolje razumeti procese, ki se sprožijo ob zgodnji izgubi ploda.	<i>n</i> = 15 žensk	Oblikovali so naslednje teme: izkušnja izgube otroka, duhovnost, skrb za zdravje in potreba po fizičnem prepoznavanju otroka. Raziskava kaže, da ženske potrebujejo čas in prostor za soočanje z izgubo in spoštovanje izgubljenega otroka. Oskrba žensk po spontani prekinitvi nosečnosti poudarja telesne vidike, kar kaže pomanjkanje celovite oskrbe med žalovanjem.

Se nadaljuje/Continues

<i>Avtor, država/ Author, country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i>	<i>Namen raziskave/ Research purpose</i>	<i>Vzorec/ Sampling</i>	<i>Ključne ugotovitve/ Key findings</i>
Kalu (2019), Irska	Kvalitativna metodologija, interpretativna fenomenološka raziskava, delno strukturirani intervjuji.	Raziskati izkušnje, kako ženske uporabljajo verska in duhovna prepričanja kot sredstva za obvladovanje stiske po spontani prekinitvi nosečnosti.	<i>n</i> = 10 žensk	Oblikovane so bile tri teme: občutki žalosti, iskanje smisla v izgubi in namena življenja ter duhovna prepričanja kot sredstvo za obvladovanje stiske. Da zdravstveno osebe lahko zagotovi duhovno oskrbo, mora razumeti duhovne vrednote žensk ob žalovanju po prekinjeni nosečnosti.
Marín-Morales et al. (2012), Španija	Kvantitativna metodologija, korelacijska retrospektivna raziskava, vprašalnik.	Analizirati povezavo med strategijami spoprijemanja in somatsko simptomatiko pri nosečih Špankah ter vpliv predhodne prekinitve nosečnosti na te spremenljivke.	<i>n</i> = 207 žensk	Ženske po prekinjeni nosečnosti so večinoma usmerjene vase, negativno naravnane, slabše izražajo čustva ter se izogibajo ljudi. Najpogostejši pristop k obvladovanju in reševanju problemov je iskanje podpore.
Moafi et al. (2021), Iran	Kvantitativna metodologija, presečna, deskriptivna korelacijska raziskava, vprašalnik.	Oceniti povezanost duhovne inteligence z depresijo po spontani prekinitvi nosečnosti.	<i>n</i> = 185 žensk	Več kot polovica žensk (54 %) je bila depresivnih. Duhovna inteligenca je pomembno povezana z depresijo po spontani prekinitvi nosečnosti. Razvijanje in sledenje strategijam za spodbujanje duhovne inteligence lahko ublaži depresijo, stres in tesnobo po spontani prekinitvi nosečnosti ter pomaga pri obvladovanju stisk.
Obelenienė, Krunglevičiūtė (2014), Litva	Kvalitativna metodologija, deskriptivna raziskava, poglobljeni intervjuji.	Ugotoviti spremembo čustev in vedenja po duhovni oskrbi žensk, ki doživljajo žalost zaradi izgube ploda.	<i>n</i> = 5 žensk	Po izgubi ploda so ženske želele pobežniti od nastale situacije, zatirale so svoja čustva, pojavljali so se različni strahovi, zmanjšala se je samozavest, imele so občutek krivde. Raziskava je pokazala, da so se negativna čustva in destruktivno, agresivno vedenje po zagotovljeni duhovni oskrbi zmanjšali. Izboljšalo se je splošno počutje, ženske so imele možnost izražanja vseh prej zatajenih in potlačenih čustev, npr. jeze. Ženske so bile deležne bolj pozitivnega odziva mož in sorodnikov zaradi sprememb v njihovem čustvovanju in vedenju.

Legenda/Legend: n - število/number

Ugotavljamo, da je *Čustvovanje in počutje* pomembna kategorija potreb, ki jih morajo medicinske sestre in babice prepoznati in se nanje ustrezno odzvati z ustreznimi negovalnimi intervencijami, saj ženske potrebujejo predvsem priložnost za izražanje čustev in občutkov, pričakujejo razumevanje njihove situacije brez sodb, obsojanja, zmanjševanja pomembnosti dogodka ter njihove čustvene in/ali duhovne stiske. Za občutke in izkušnje žensk po prekinitvi nosečnosti sta značilni krivda in žalost, ki se pojavljata v valovih in lahko vodita v (globoko) stisko. Tudi nekatere sorodne raziskave (Farren et al., 2021; Tenório et al., 2023) ugotavljajo, da ženske po spontani prekinitvi nosečnosti pogosto trpijo za anksioznostjo in celo depresijo. Pomembno je, da ženske lahko odkrito žalujejo, brez vsiljevanja občutka, da žalujejo preveč, pregloboko in predolgo. V procesu žalovanja je pomembno, da medicinske sestre in babice ženskam zagotovijo občutek, da so razumljene, in jim ponudijo dovolj priložnosti, da se lahko o svojem nerojenem otroku pogovarjajo (Shin, et al., 2023). Težava se lahko pojavi, kadar medicinske sestre in babice nimajo dovolj ustreznega znanja in izkušenj ter dvomijo o svojih sposobnostih zagotavljanja duhovne podpore ženskam po prekinitvi nosečnosti (Crockett et al., 2021; Hutti et al., 2016). Ker medicinske sestre in babice žensko po spontani prekinitvi nosečnosti obravnavajo celostno, je pomembno, da z enakim entuziazmom, kot skrbijo za fizične potrebe, v proces obravnave vključijo tudi duhovno oskrbo (Figueredo-Borda et al., 2022).

V tem pregledu ugotavljamo, da je poleg ustrezne duhovne podpore medicinskih sester in babic za ženske pomembna tudi vključitev v podporne skupine, kjer se srečajo z ženskami, ki so se v preteklosti soočile in spoprijemale z izkušnjo prekinitve nosečnosti. Podobno svetuje tudi Olson (2013). Ugotovitve pregleda kažejo tudi, da ima zelo pomembno vlogo pri duhovni oskrbi žensk po spontani prekinitvi nosečnosti povezanost para, ožje in širše družine. To je skladno z ugotovitvami Marín-Morales et al. (2012), ki navajajo, da so poglobljeni odnosi para in družine rezultat medsebojne podpore, razumevanja in skupnega spoprijemanja s stisko ob izgubi nerojenega otroka. Pomembno je zagotavljati pomoč in duhovno podporo ženskam, paru, družini toliko časa, kot jo potrebujejo. Ugotavljamo namreč, da kadar so pričakovanja družine in okolice po skorajšnjem koncu žalovanja prehitra in prevelika, ženska doživlja dodaten pritisk, kar še poglobi njeno stisko. Medicinske sestre in babice so v takšnih situacijah pomemben vir podpore, saj ženski zagotavljajo čustveno in duhovno podporo.

Ženske po prekinitvi nosečnosti pogosto iščejo notranje vire moči pri soočanju in spoprijemanju z izgubo tudi tako, da se povezujejo z božanskim in naravo. Naše ugotovitve kažejo, da nekaterim ženskam molitev pomaga obvladovati duhovne, duševne in čustvene posledice izgube, kar sovпада z ugotovitvami

nekaterih drugih avtorjev (Brémault-Phillips et al., 2020). Duhovnost se kot strategija spoprijemanja uporablja za obvladovanje in upravljanje težkih življenjskih situacij in lahko pomaga v procesu žalovanja (Ross & McSherry, 2018). Moloney & Gair (2015) priporočata več sočutja, prijaznosti in duhovne prisotnosti za izboljšanje babiške prakse pri ženskah z izkušnjo prekinitve nosečnosti.

V omejitvah raziskave lahko omenimo, da je tema duhovne oskrbe pri ženskah po spontani prekinitvi nosečnosti zelo slabo raziskana v primerjavi z drugimi oblikami prekinitve nosečnosti. To kaže na to, da je področje slabo raziskano in je število vključenih člankov omejeno. Omejitev pregleda predstavlja tudi iskanje v zgolj angleškem jeziku in omejeno število podatkovnih baz, prav tako ni bilo izvedeno iskanje v zbirki COBISS, zato dopuščamo možnost, da v pregled niso zajete vse raziskave.

Kljub omejitvam ocenjujemo, da so ugotovitve tega pregleda pomembne za medicinske sestre, babice in druge zdravstvene delavce, ki sodelujejo pri obravnavi žensk po spontani prekinitvi nosečnosti, saj prispevajo k pomenu, razumevanju in zagotavljanju duhovne oskrbe.

Zaključek

Sinteza spoznanj pregleda literature izpostavlja nekatere pomembne vidike duhovne oskrbe žensk po spontani prekinitvi nosečnosti, ki zajemajo čustvovanje, počutje, medosebne odnose in priložnost za duhovno rast. Pomembno je, da medicinske sestre in babice prepoznajo občutke, razumejo čustva žensk ob spontani prekinitvi nosečnosti in se nanje odzovejo. Razumevanje, sočutje in podpora ženskam pomagajo pri soočanju z duhovno stisko, ki jo doživljajo. Prepričani smo, da bi lahko izvirne znanstvene raziskave o zagotavljanju duhovne oskrbe ženskam po prekinitvi nosečnosti, izvedene v slovenskem prostoru, prispevale k opolnomočenju medicinskih sester in babic pri vključevanju duhovnih vidikov v celostno zdravstveno obravnavo.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja soglasje Komisije za etiko ni bilo potrebno./No approval by the National Medical Ethics

Committee was necessary to conduct the study due to the selected research methodology.

Prispevek avtorjev/Author contributions

Prva, tretja in peta avtorica so izvedle iskanje in pregled literature z izborom vključenih virov. Prvi, drugi, tretji in četrti avtor so neodvisno analizirali vključene članke. Vsi avtorji so prispevali k zasnovi preglednega znanstvenega članka ter k pisanju poglavij Uvod, Metode, Rezultati, Diskusija in Zaključek./The first, third, and fifth authors conducted a literature search and review and selected the sources. The first, second, third, and fourth authors independently analysed the studies included in the review. All authors contributed to designing a review article and writing the Introduction, Methods, Results, Discussion, and Conclusion.

Literatura

- Adib-Rad, H., Basirat, Z., Faramarzi, M., Mostafazadeh, A., & Bijani, A. (2019). Psychological distress in women with recurrent spontaneous abortion: A case-control study. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology*, 16(3), 151–157. <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2019.88899> PMID:31673466; PMCID:PMC6792057
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2017). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual* (2011 ed.). The Joanna Briggs Institute. <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Arshad, T., & Hafeez, N. (2016). Religiosity social support and distress in miscarriage. *Pakistan Journal of Professional Psychology Research and Practice*, 7(1), 45–58. <https://doi.org/10.62663/pjpprp.v7i1.86>
- Attard, J., Baldacchino, D. R., & Camilleri, L. (2014). Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Education Today*, 34(12), 1460–1466. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.015> PMID:24814103
- Attard, J., Ross, L., & Weeks, K. (2019). Developing a spiritual care competency framework for pre-registration nurses and midwives. *Nurse Education in Practice*, 40, Article 102604. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.07.010> PMID:31563024
- Brémault-Phillips, S., Pike, A., Olson, J., Severson, E., & Olson, D. (2020). Expressive writing for wildfire-affected pregnant women: Themes of challenge and resilience. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 50, Article 101730. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101730>
- Carolan, M., & Wright, R. J. (2017). Miscarriage at advanced maternal age and the search for meaning. *Death Studies*, 41(3), 144–153. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1233143> PMID:27685707
- Choi, T. Y., Lee, M. H., Park, W. K., Jeong, S. Y., & Moon, H. S. (2014). Spontaneous abortion and recurrent miscarriage: A comparison of cytogenetic diagnosis in 250 cases. *Obstetrics & Gynecology Science*, 57(6), 518–525. <https://doi.org/https://doi.org/10.5468/ogs.2014.57.6.518> PMID:25469342; PMCID:PMC4245347
- Crockett, J. E., Rogers, J. L., & Binkley, E. E. (2021). Cultural dimensions of early pregnancy loss: Spiritual and religious issues. *Counseling and Values*, 66(1), 21–39. <https://doi.org/10.1002/cvj.12142>
- Eklund, M. V., Prinds, C., Mørk, S., Damm, M., Möller, S., & Hvidtjorn, D. (2022). Parents' religious/spiritual beliefs, practices, changes and needs after pregnancy or neonatal loss: A Danish cross-sectional study. *Death Studies*, 46(6), 1529–1539. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1821260> PMID:32960749
- Fadhil, S. N., & Ali, R. M. (2015). Effects of spontaneous abortion upon women's physical and spiritual status. *Iraqi National Journal of Nursing Specialties*, 28(2), 71–82
- Farren, J., Jalmbrant, M., Falconieri, N., Mitchell-Jones, N., Bobdiwala, S., Al-Memar, M., Tapp, S., Van Calster, B., Wynants, L., Timmerman, D., & Bourne, T. (2021). Differences in post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy between women and their partners: Multicenter prospective cohort study. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 57(1), 141–148. <https://doi.org/10.1002/uog.23147> PMID:33032364
- Figueredo-Borda, N., Ramírez-Pereira, M., Gaudiano, P., Cracco, C., & Ramos, B. (2022). Experiences of miscarriage: The voice of parents and health professionals. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 89(2), 777–794. <https://doi.org/10.1177/00302228221085188> PMID:35354387
- Galeotti, M., Aventin, Á., Mitchell, G., & Tomlinson, M. (2020). Factors contributing to emotional distress and well-being among women and men who experience miscarriage and attend hospital settings. *A Systematic Scoping Review Protocol*, 2020, 2–12.
- Herdman, H. T., & Kamitsuru, S. (2018). *Negovalne diagnoze NANDA International: definicije in klasifikacija 2018-2021*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687> PMID:16204405

- Hunter, B., & Smith, P. (2007). Emotional labour: Just another buzzword? *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 859–861.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.12.015>
PMid:17367794
- Hutti, M. H., Polivka, B., White, S., Hill, J., Clark, P., Cooke, C., Clemens, S., & Abell, H. (2016). Experiences of nurses who care for women after fetal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 45(1), 17–27.
<https://doi.org/10.1016/j.jogn.2015.10.010>
PMid:26815795
- Kalu, F. A. (2019). Women's experiences of utilizing religious and spiritual beliefs as coping resources after miscarriage. *Religions*, 10(3), Article 185.
<https://doi.org/10.3390/rel10030185>
- Lee, L., Ma, W., Davies, S., & Kammers, M. (2023). Toward optimal emotional care during the experience of miscarriage: An integrative review of the perspectives of women, partners, and health care providers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(1), 52–61.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jmwh.13414>
PMid:36370053; PMCID:PMC10098777
- Marín-Morales, D., Carmona-Monge, F. J., Peñacoba-Puente, C., Díaz-Sánchez, V., & García-Huete, M. E. (2012). Influence of coping strategies on somatic symptoms in pregnant Spanish women: Differences between women with and without a previous miscarriage. *Applied Nursing Research*, 25(3), 164–170.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2011.01.003>
PMid:21439789
- Meeks, J. (2021). Effects of Abortion in Georgia, USA. CODEE Journal: *Engaging learners: Differential equations in today's world*, 14(1), 45–50.
<https://doi.org/10.5642/codee.202114.01.06>
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (4th ed.). Wolters Kluwer.
- Mihelič Zajec, A., Karnjuš, I., Babnik, K., Klun, B., & Štancar, K. (2020). *Splošna priporočila za duhovno oskrbo v zdravstveni negi*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Moafi, F., Momeni, M., Tayeba, M., Rahimi, S., & Hajnasiri, H. (2021). Spiritual intelligence and post-abortion depression: A coping strategy. *Journal of Religion and Health*, 60(1), 326–334.
<https://doi.org/10.1007/s10943-018-0705-0>
PMid:30242724
- Moloney, S., & Gair, S. (2015). Empathy and spiritual care in midwifery practice: Contributing to women's enhanced birth experiences. *Women and Birth*, 28(4), 323–328.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.04.009>
PMid:25997730
- Montenegro Lima, L., de Santana Gonçalves, S., Pereira Rodrigues, D., da Silva Clemente Araújo, A., de Medeiros Correia, A., & da Silva Viana, A. P. (2017). Humanized care for women in abortion: A reflective analysis. *Journal of Nursing UFPE*, 11(12), 5074–5078.
<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25126p5074-5078-2017>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023). *Fetalne smrti*.
https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal_1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva_04%20Fetalne%20smrti/FS_TB_1.px/table/tableViewLayout2/
- Obelenienė, B., & Krunglevičiūtė, A. (2014). Pastoral care for women with regret for the loss of an unborn child. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159(234), 517–523.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.416>
- Olson, K. J. (2013). Health promotion: Healing through loss. *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 610–612.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.12.013>
PMid:22521406
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, C. A., Welch, A. V., Whiting, P., Moher, D. The PRISMA 2020 statement: An updated guidelines for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article 71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
PMid:33782057; PMCID:PMC8005924
- Ross, L., & McSherry, W. (2018). Two questions that ensure person-centred spiritual care. *Nursing Standard*, 16, Article 37.
- Shin, G., Kim, H. J., & Kim, S. H. (2023). Internal growth of women with recurrent miscarriage: A qualitative descriptive study based on the post-traumatic growth theory. *BMC Women's Health*, 23(386), Article 386.
<https://doi.org/10.1186/s12905-023-02542-6>
PMid:37480056; PMCID:PMC10362550
- Takač, I., & Geršak, K. (2016). *Ginekologija in perinatologija*. Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta.
- Teixeira, S. M. A., Coelho, J. C. F., Sequeira, C. A. da C., Lluhi i Canut, M. T., & Ferré-Grau, C. (2019). The effectiveness of positive mental health programs in adults: A systematic review. *Health and Social Care in the Community*, 27(5), 1126–1134.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12776>
PMid:31144395

Tenório, P. J., Katz, L., & Amorim, M. M. R. (2023). Symptoms of anxiety and depression in women with gestational trophoblastic disease compared to women who had a miscarriage: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 44(1), Article 22.

<https://doi.org/10.1080/0167482X.2023.2210747>

PMid:37256828

Timmins, F., & Caldeira, S. (Eds.). (2019). *Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practice*. Springer Nature Switzerland.

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-04420-6>

Tur-Torres, M. H., Garrido-Gimenez, C., & Alijotas-Reig, J. (2017). Genetics of recurrent miscarriage and fetal loss. *Best*

Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 42, 11–25.

<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.03.007>

PMid:28412101

van Ditzhuijzen, J. (2019). Common risk factors for abortion and suicide attempts. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 972–973.

PMid:31757591

van Leeuwen, R., & Schep-Akkerman, A. (2015). Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care in Different Health Care Settings in the Netherlands. *Religions*, 6(4), 1346–1357.

<https://doi.org/10.3390/rel6041346>

Citirajte kot/Cite as:

Macuh, Z., Fekonja, Z., Franc, R., Kmetec, S., & Mlinar Reljić, N. (2024). Duhovna oskrba žensk po spontani prekinitvi nosečnosti: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 58(4), 279–289. <https://doi.org/10.14528/snr.2024.58.4.3274>

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

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

SLOVENIAN NURSING REVIEW

JOURNAL OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Leto/Year 2024 Letnik/Volume 58

KAZALO/CONTENTS

Glavna in odgovorna urednica/*Editor in Chief and Managing Editor*
izr. prof. dr. Mateja Lorber

Urednika, izvršna urednika/*Editor, Executive Editor*
izr. prof. dr. Mirko Prosen

Urednica, spletna urednica/*Editor, Web Editor*
Martina Kocbek Gajšt

Uredniški odbor/*Editorial Board*
viš. pred. Mateja Bahun, doc. dr. Leona Cilar Budler, doc. dr. Mojca Dobnik, asist. Tina Kamenšek,
doc. dr. Sergej Kmetec, Martina Kocbek Gajšt, doc. dr. Andreja Kvas, viš. pred. Andreja Ljubič,
izr. prof. dr. Sabina Ličen, izr. prof. dr. Mateja Lorber, izr. prof. dr. Miha Lučovnik,
viš. pred. dr. Marija Milavec Kapun, izr. prof. dr. Melita Peršolja, viš. pred. Petra Petročnik,
izr. prof. dr. Mirko Prosen, doc. dr. Tamara Štemberger Kolnik, izr. prof. dr. Dominika Vrbnjak

Mednarodni uredniški odbor/*International Board*
Adam Davey, Professor, Kathleen Markey, Lecturer, Brendan McCormack, Professor,
Tanya McCance, Mona Grey Professor, Alvisa Palese, Professor, Betül Tosun, Associate Professor,
Valérie Tóthová, Professor, Roger Watson, Professor

Lektorici za slovenščino/*Readers for Slovenian*
Simona Gregorčič, Tonja Jelen

Lektorici za angleščino/*Readers for English*
Nina Bostič Bishop, Martina Paradiž

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

Prelom/*Designed by*
Nataša Artiček, VIZUART, s. p.

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

UVODNIK/EDITORIAL

The potential and pitfalls of artificial intelligence in nursing Možnosti in pasti umetne inteligence v zdravstveni negi <i>Roger Watson</i>	4
Challenges to make patient engagement result in more sustainable pharmaceutical care Izzivi spodbujanja vključenosti pacientov za bolj trajnostno farmacevtsko oskrbo <i>Tinne Dilles</i>	84
Pursuing nursing excellence Doseganje odličnosti v zdravstveni negi <i>Rhoda Redulla</i>	164
Celebrating 100 years of nursing education in Slovenia: The case for a university-level study programme in nursing Ob 100 letnici izobraževanja medicinskih sester v Sloveniji: Zakaj univerzitetni študij zdravstvene nege? <i>Brigita Skela-Savič</i>	236

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

Self-assessment of the characteristics of nurses' work environment and psychometric analysis of the Slovene-language version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) Samoocena značilnosti delovnega okolja medicinskih sester in psihometrična analiza lestvice Indeks delovnega okolja v zdravstveni negi v slovenskem jeziku <i>Brigita Skela-Savič, Allison Squires, Walter Sermeus, Bojana Lobe, Simon Dello, Mateja Bahun</i>	7
Sexual health literacy among Slovenian upper secondary school students: A descriptive study Spolna zdravstvena pismenost slovenskih srednješolcev: opisna raziskava <i>Marta Šporin, Tina Kamenšek, Marija Milavec Kapun</i>	88
Vpliv porodnega položaja pri iztisu ploda na poškodbo presredka Effects of the birthing position on perineal trauma <i>Karmen Kapus, Iva Kukovica, Anita Frelih Fabjan, Miha Lučovnik</i>	105
Čustveno soočanje s posledicami življenjsko ogrožajočih zdravstvenih stanj: presečna raziskava Emotional coping with the consequences of life-threatening health conditions: A cross-sectional study <i>Barbara Simonič, Tanja Pate</i>	111
The impact of an educational intervention on fertility awareness of healthcare professionals: A cross sectional study Vpliv izobraževalne intervencije na zavedanje o pomenu ohranjanja plodnosti med zdravstvenimi strokovnjaki: presečna raziskava <i>Petra Petročnik, Mirko Prosen, Boštjan Žvanut, Patrik Pucer, Ana Polona Mivšek</i>	168
Medkulturna kompetentnost v pediatrični onkološki zdravstveni negi: deskriptivno-interpretativna raziskava Cultural competency in paediatric oncology nursing: A descriptive interpretative study <i>Nataša Čulibrk, Tina Ferfolja, Marina Lukić, Sabina Ličen, Maja Čemažar, Mirko Prosen</i>	175
Comparison of reduced hospital stays and readmission rates among antenatal COVID-19-positive patients: A retrospective cohort study Primerjava krajše ležalne dobe in stopnje ponovnih sprejemov v terciarni bolnišnici pri otročnicah, pozitivnih na covid-19, v antenatalnem obdobju: retrospektivna kohortna raziskava <i>Uroš Višić</i>	245

Izkušnje z učnimi delavnicami za uvedbo naprednega procesa zdravstvene nege v klinično prakso: kvalitativna raziskava Implementing the advanced nursing process into clinical practice: A qualitative study of workshops experience <i>Maja Klančnik Gruden, Andreja Mihelič Zajec, Doroteja Rebec, Anja Novak, Matejka Pintar Babič, Tamara Lubi, Tanja Podlipnik, Maja Medvešček Smrekar</i>	252
Uporaba teorije sistemov Betty Neuman pri razumevanju stresorjev na delovnem mestu medicinskih sester Applying Betty Neuman's systems theory in understanding workplace stressors among nurses <i>Debora Levstik Jašarevič, Marija Bogičević Menkinoska, Sandra Verdev, Lea Pavšič, Mirko Prosen, Sabina Ličen</i>	261
Zadovoljstvo pacientov z informacijskim sistemom eZdravje v splošni bolnišnici: presečna raziskava Patient satisfaction with the eHealth system in a general hospital: A cross-sectional study <i>Nena Kodermac, Melita Peršolja</i>	271

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

Impact of advance care planning for older adults with dementia in nursing homes: A literature review Učinek vnaprejšnjega načrtovanja oskrbe starejših odraslih z demenco v domovih starejših: pregled literature <i>Suzana Koštomaj</i>	18
Metode vestibularne terapije in njihov vpliv na kakovost življenja odraslih oseb z motnjami v delovanju vestibularnega sistema: pregled literature Vestibular therapy methods and their impact on the quality of life of adults with vestibular disorders: A literature review <i>Lidija Zorman, Patricija Goubar</i>	28
Upoštevanje vodila »Ne oživljaj.«: integrativni pregled literature Adherence to the »Do Not Resuscitate« order: An integrative literature review <i>Sedina Kalender Smajlovič</i>	39
Ukrepi za preprečevanje padcev pri starejših odraslih v domačem okolju: pregled literature Measures to prevent falls in older adults in the home environment: A literature review <i>Gregor Juder, Aleksandra Jančič, Barbara Kegl</i>	51
Vloga zdravstvene pismenosti pri izvajanju vedenj samooskrbe pri pacientih s srčnim popuščanjem: pregled literature Health literacy and self-care behaviour in patients with heart failure: A literature review <i>Klara Rebernik Grah, Lijana Zaletel-Kragelj, Jerneja Farkaš Lainščak</i>	120
Vohalni trening kot učinkovita podpora pri rehabilitaciji voha pacientov z vohalno disfunkcijo: pregled literature Olfactory training as an effective support in olfactory rehabilitation of patients with olfactory dysfunction: A literature review <i>Tadeja Drenovec</i>	134
Managing postcaesarean section pain with opioid analgesia and the effect on breastfeeding: A literature review Obvladovanje bolečine po carskem rezu z opioidno analgezijo in vpliv na dojenje: pregled literature <i>Uroš Višič, Miha Lučovnik</i>	185

Vloga diplomirane medicinske sestre pri umetni ventilaciji kritično bolnih pacientov: pregled literature The role of the registered nurse in artificial ventilation of critically ill patients: A literature review <i>Marija Štuhec</i>	196
Potrebe staršev otrok z motnjo avtističnega spektra: pregled literature The needs of parents of children with autism spectrum disorder: A literature review <i>Tina Hodaj, Jožica Ramšak Pajk</i>	207
Duhovna oskrba žensk po spontani prekinitvi nosečnosti: sistematični pregled literature Spiritual care of women after spontaneous miscarriage: A systematic literature review <i>Zala Macuh, Zvonka Fekonja, Rosemarie Franc, Sergej Kmetec, Nataša Mlinar Reljić</i>	279

KAZALO LETNIKA/ANNUAL INDEX

Kazalo letnika 2024 Annual index 2024	290
--	-----

NAVODILA AVTORJEM

Splošna navodila

Članek naj bo napisan v slovenskem ali angleškem jeziku, razumljivo in jedrnat. Revija sprejema izvirne znanstvene in pregledne znanstvene članke. Izvirni znanstveni članek, naj bo dolg največ 5000 besed in pregledni znanstveni članek največ 6000 besed, vključno z izvečkom (slovenskim ali angleškim), tabelami, slikami in referencami. Avtorji naj uporabijo Microsoft Wordovi predlogi, ki sta dostopni na spletni strani uredništva (Naslovna stran in Predloga za izvirni znanstveni/pregledni članek). Vsi članki, ki so uvrščeni v uredniški postopek, so recenzirani s tremi anonimnimi recenzijami. Revija objavlja le izvirna, še neobjavljena znanstvena dela. Za trditve v članku odgovarja avtor oziroma avtorji, če jih je več (v nadaljevanju avtor), zato morajo biti podpisani s celotnim imenom in priimkom. Navedi je potrebno korespondenčnega avtor (s polnim naslovom, telefonsko številko in elektronskim naslovom), ki bo skrbel za komunikacijo z uredništvom in ostalimi avtorji. Avtor mora pri oddaji članka dosledno upoštevati navodila glede standardizirane znanstvene opreme, videza in tipologije dokumentov ter navodila v zvezi z oddajo članka. Članek bo uvrščen v nadaljnjo obravnavo, ko bo pripravljen v skladu z navodili uredništva.

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

Etična načela pri obravnavi pritožb in prizivov

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

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

V izjemnih primerih lahko uredništvo Obzornika zdravstvene nege, po posvetovanju z avtorjem in uredniškim odborom objavi »popravek« (errata) članka.

Etični nadzor in etika raziskovanja

Avtorji so dolžni podati informacije o etičnih vidikih raziskave. V primeru odobritve raziskave s strani komisije za etiko zapišejo ime komisije za etiko in številko odločbe. V kolikor raziskava ni potrebovala posebnega dovoljenja komisije za etiko, so avtorji to dolžni pojasniti.

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

Deljenje podatkov in avtorske pravice

Avtorske pravice so zaščitene s *Creative Commons Attribution 4.0* licenco.

Avtor na Obzornik zdravstvene nege, Ob železnici 30A, 1000 Ljubljana, prenaša naslednje materialne avtorske pravice: pravico reproduciranja v neomejeni količini, in sicer v vseh poznanih oblikah reproduciranja, kar obsega tudi pravico shranitve in reproduciranja v kakršnikoli elektronski obliki (23. čl. Zakona o avtorski in sorodnih pravicah – v nadaljevanju ZASP); pravico distribuiranja (24. čl. ZASP); pravico dajanja na voljo javnosti vključno z dajanjem na voljo javnosti prek svetovnega spleta oz. računalniške mreže (32.a čl. ZASP); pravico predelave, zlasti za namen prevoda (33. čl. ZASP). Prenos pravic velja za članek v celoti (vključno s slikami, razpredelnici in morebitnimi prilogami). Prenos je izključen ter prostorsko in časovno neomejen.

Arhiviranje

Publikacija je del *PKP Preservation Network - LOCKSS*, ki zagotavlja varno in stalno arhiviranje vsebine. Obzornik zdravstvene nege lahko najdemo v Registru THE KEEPERS, repozitoriju OAI-PMH in v Dlib - Digitalni knjižnici Slovenije.

Recenzijski proces

Članki so recenzirani z zunanjo strokovno recenzijo. Recenzije so anonimne.

Članek se uvrsti v uredniški postopek, če izpolnjuje kriterije za objavo. Poslan bo v zunanjo strokovno (anonimno) recenzijo. Znanstveni članki so trojno recenzirani. Recenzenti prejmejo besedilo članka brez avtorjevih osebnih podatkov, članek pregledajo glede na postavljene kazalnike in predlagajo izboljšave. Po zaključenem recenzijskem postopku uredništvo članek vrne avtorju, da popravke odobri, jih upošteva in

pripravi čistopis. Avtor je dolžan izboljšave pregledati in jih v največji meri upoštevati. V kolikor katere od predlaganih izboljšav ne upošteva, mora le-to pisno pojasniti. Čistopis uredništvo pošlje v jezikovni pregled.

Stroški objave

Objava članka v Obzorniku zdravstvene nege ni plačljiva.

V primeru odstopa avtorja od objave članka po pripravljeni recenziji, je le ta plačljiva.

Opredelitev tipologije

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

Metodološka struktura članka

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

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

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

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

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

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

Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

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

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

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

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

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

Pri *opisu poteka raziskave in obdelave podatkov* navedemo etična dovoljenja za izvedbo raziskave, dovoljenja za izvedbo raziskave v organizaciji, predstavimo potek izvedbe raziskave, zagotovila za anonimnost vključenih ter prostovoljnost pri vključitvi v raziskavo, navedeno obdobje, kraj in način zbiranja podatkov, uporabljene metode analize podatkov, pri slednjem natančno navedemo statistične metode, program in verzijo programa statistične obdelave, meje statistične značilnosti. Pri kvalitativni raziskavi natančno opišemo celoten potek raziskave, način zapisovanja, zbiranja podatkov, število izvedb

(opazovanj, intervjujev ipd.), trajanje izvedb, sekvence, transkripcijo podatkov, korake analize obdelave, tehnike obdelave in interpretacije podatkov ter receptivnost raziskovalca.

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

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

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

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

V kategorijo preglednih znanstvenih raziskav sodijo: sistematični pregled literature, pregled literature, analiza koncepta, razpravni članek (v nadaljevanju pregledni znanstveni članek). Revija

objavlja pregledne znanstvene raziskave, za katere je bilo zbiranje podatkov končano največ tri leta pred objavo članka v reviji.

Pregledni znanstveni članek je pregled najnovejših raziskav o določenem predmetnem področju z namenom povzemati, analizirati, evalvirati ali

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

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

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

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

V **diskusiji** v prvem delu odgovorimo na raziskovalno vprašanje, nato komentiramo ugotovitve

pregleda literature, kakovost vključenih raziskav, svoje ugotovitve primerjamo z rezultati drugih primerljivih raziskav, razvijemo nova spoznanja, ki jih je doprinesel pregled literature, njihovo teoretično, znanstveno in praktično uporabnost, navedemo omejitve raziskave, uporabnost v praksi in priložnosti za nadaljnje raziskovanje.

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

Navajanje literature

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo in koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo *APA 7- American Psychological* (APA Style, 2020) 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. Za več kot dva avtorje v besedilu zapišemo »et al.« (dva priimka ločimo z »&«: (Chen et al., 2007; Stare & Pahor, 2010). Če navajamo več citiranih del, jih ločimo s podpičjem. Uredimo jih po abecednem vrstnem redu, glede na priimek prvega avtorja. 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 as cited in Korošec, 2014). Če pisec članka ni bil imenovan oz. je delo anonimno, v besedilu navedemo *naslov*, v oklepaju pa zapišemo »Anon.« ter letnico objave: *The past is the past* (Anon., 2008). Kadar je avtor organizacija oz. gre za korporativnega avtorja, zapišemo ime korporacije (Royal College of Nursing, 2010). Če ni leta objave, to označimo z »n. d.« (ang. no date): (Smith, n. d.). Pri objavi fotografij navedemo avtorja (Foto: Marn, 2009; vir: Cramer, 2012). Za objavo fotografij, kjer je prepoznavna identiteta posameznika, moramo pridobiti dovoljenje te osebe ali staršev, če gre za otroka.

V **seznamu literature** na koncu članka navedemo bibliografske podatke/reference za *vsa v besedilu citirana ali povzeta dela* in (samo ta), in sicer po abecednem redu avtorjev. Sklicujemo se le na objavljena dela. Navajamo do 20 avtorjev. V primeru, da je avtorjev več kot 20, jih navedemo 19, dodamo vejico, tri pike in zadnjega avtorja. Pred zadnjim avtorjem damo znak &. V primeru, da imamo med viri dva avtorja z istim priimkom in enakimi prvimi črkami imena, moramo

avtorjevo polno ime napisati v oglatih oklepajih za začetnico imena.

Za oblikovanje seznama literature velja velikost črk 12 točk, enojni razmik, leva poravnava ter 12 točk prostora za referencami (razmik med odstavki, ang. paragraph spacing).

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

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

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

Primeri navajanja literature v seznamu

Citiranje knjige:

Avtor, A. A., & Avtor, B. B. (leto copyright-a). Naslov knjige (7th ed.). Založnik. DOI ali URL

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

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

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

Avtor, A. A., & Avtor, B. B. (leto copyright-a). Naslov poglavja. In A. A. Urednik & B. B. Urednik (Eds.), Naslov knjige (2nd ed., pp. #-#). Založnik. DOI ali URL

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

Spatz, D. L. (2014). The use of human milk and breastfeeding in the neonatal intensive care unit. In K. Wamback & J. Riordan (Eds.), *Breastfeeding and human lactation* (5th ed., pp. 469–522). Jones & Bartlett Learning.

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

Avtor, A. A., (Ed.). (leto). Naslov (edition). Založnik. DOI ali URL

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

World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. (2019). *Respect women: Preventing violence against women* (WHO/RHR/18.19). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/preventing-vaw-framework-policymakers/en/>

Zavod Republike Slovenije za šolstvo. (2019). *Letno poročilo o delu Zavoda Republike Slovenije za šolstvo za obdobje od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018*. <https://www.zrss.si/wp-content/uploads/2020/06/2019-02-21-porocilo-2018.pdf>

Citiranje elektronskih virov

Avtor, X. X./Organization. (Date). Naslov. URL

Bologna, C. (2018, June 27). *What happens to your mind and body when you feel homesick?* HuffPost. https://www.huffingtonpost.com/entry/what-happens-min-body-omesick-us_5b201ebde4b09d7a3d77eeel

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

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

Pred oddajo članka naj avtor članek pripravi v naslednjih treh ločenih dokumentih.

NASLOVNA STRAN, ki vključuje:

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

Zahvala/Acknowledgements

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

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Avtorji so dolžni podati informacije o etičnih vidikih raziskave. V primeru odobritve raziskave s strani komisije za etiko zapišejo ime komisije za etiko in številko odločbe. V kolikor raziskava ni potrebovala posebnega dovoljenja komisije za etiko, so avtorji to dolžni pojasniti. Glede na posamezen tip raziskave lahko avtorji na primer zapišejo tudi naslednjo izjavo: »Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško- Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2024) (ali) Kodeksom etike za babice Slovenije (2014),« v skladu s katero je treba v seznamu literature navajati oba vira.

Prispevek avtorjev/Author contributions

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

1. IZJAVA O AVTORSTVU

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

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

Obseg članka: članek naj vsebuje največ 5000 besed za kvantitativno in do 6000 besed za kvalitativno zasnovane raziskave. V ta obseg se ne štejejo izvleček, tabele, slike in seznam literature. Število besed članka je treba navesti v dokumentu »Naslovna stran«.

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

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

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

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

Predložitev članka s strani urednikov ali članov uredniškega odbora

Spodbudno je, da uredniki in člani uredniškega odbora Obzornika zdravstvene nege objavljajo v reviji. V izogib vsakršnemu konfliktu interesov, člani uredniškega odbora ne vodijo uredniškega postopka za svoj članek. Če eden izmed urednikov predloži članek v uredništvo, potem drugi urednik sprejema odločitve vezane na članek. Uredniki ali člani uredniškega odbora ne opravljajo recenzije ali vodijo uredniškega postopka sodelavcev iz institucijev kateri so zaposleni, pri čemer morajo paziti na nastanek potencialnih konfliktov interesov. Od vseh članov

uredniškega odbora kot tudi urednikov se pričakuje, da bodo spoštovali zasebnost, sledili načelupravičnosti in sporočali morebitne konflikte interesov, ki jih imajo do avtorjev oddanih člankov.

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

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

s seznamom literature na koncu članka. Dostopno literaturo je treba preveriti. Oceniti je treba ustreznost slik ter tabel, preveriti, če se v njih ne ponavlja tisto, kar je v besedilu že navedeno. Recenzentova dolžnost je opozoriti na morebitne nerazvezane kratice. Recenzent mora biti še posebej pozoren na morebitno plagiatstvo in krajo intelektualne lastnine.

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

naloži v sistem OJS in omogoči avtorju, da predloge dopolnitev vidi. Končno odločitev o objavi članka sprejme uredniški odbor.

Literatura

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

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

Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

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

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

Posodobljeno avgust 2024

Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege. (2024). Navodila avtorjem in recenzentom. *Obzornik zdravstvene nege* 58(4), 294–301.

GUIDE FOR AUTHORS

General guidelines

The manuscript should be written clearly and succinctly in standard Slovene or English and should conform to acceptable language usage. Its length must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The authors should use the Microsoft Word templates accessible on the website of the editorial board (Title Page and Template for Original Scientific Article/ Review Rrticle). All articles considered for publication in the Slovenian Nursing Review will be subjected to external, triple-blind peer review. Manuscripts are accepted for consideration by the journal with the understanding that they represent original material, have not been previously published and are not being considered for publication elsewhere. Individual authors bear full responsibility for the content and accuracy of their submissions and should therefore state their full name(s) when submitting the article. The submission should also include the name of the designated corresponding author (with their complete home and e-mail address, and telephone number) responsible for communicating with the editorial board and other authors. In submitting a manuscript, the authors must observe the standard scientific research paper structure, format and typology, and submission guidelines. The manuscript will be submitted to the review process once it is submitted in accordance with the guidelines of the editorial office.

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

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

Ethical principles

Should the editorial board find that the manuscript infringes any copyright, it will be immediately excluded

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

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

In exceptional cases, the editorial board of the Nursing Review, after consulting with the author and the editorial committee, may publish a “correction” (errata) to the article.

Ethical oversight and research ethics

Authors are required to provide information on the ethical aspects of the research. In the case of research approval by an ethics committee, they should state the name of the ethics committee and the decision number. If the research did not require special permission from an ethics committee, the authors must explain this.

If the article publishes research on humans, it should be clear in the subsection of methods “Description of research process and data processing” that the research was conducted in accordance with the principles of the Helsinki-Tokyo Declaration, and the process of obtaining permissions for conducting the research should be described. Experimental research conducted on humans must have the consent of an ethics committee, either at the level of the institution or multiple institutions where the research is conducted, or at the national level.

Data sharing and copyright

Copyright is protected under the Creative Commons Attribution 4.0 License. The author transfers the following material copyrights to the Nursing Review, Ob železnici 30A, 1000 Ljubljana: the right to reproduce in an unlimited quantity, in all known forms of reproduction, which includes the right to store and reproduce in any electronic form (Article 23 of the Copyright and Related Rights Act – ZASP); the right to distribute (Article 24 of ZASP); the right to make available to the public including making available through the World Wide Web or computer network (Article 32.a of ZASP); the right to process, especially for the purpose of translation (Article 33 of ZASP). The transfer of rights applies to the entire article (including images, tables, and any attachments). The transfer is exclusive and unlimited in space and time.

Archiving and preservation

The publication is part of the PKP Preservation Network - LOCKSS, which ensures safe and continuous archiving of content. The Slovenian Nursing Review can be found in the Registry of THE KEEPERS, the OAI-PMH repository, and in Dlib - the Digital Library of Slovenia.

Review Process

Articles are reviewed with external professional review. Reviews are anonymous. An article proceeds to the editorial process if it meets the publication criteria. It will be sent for external professional (anonymous) review. Scientific articles are reviewed three times. Reviewers receive the text of the article without the author's personal information, review it based on set indicators, and suggest improvements. After the review process is completed, the editorial office returns the article to the author for approval of the corrections, to consider them, and to prepare the final draft. The author is obliged to review the improvements and consider them to the greatest extent possible. If the author does not follow any of the suggested improvements, they must explain this in writing. The final draft is sent to the editorial office for language review.

Publication Fees

Publishing an article in the Nursing Review is not subject to a fee. If the author withdraws from publishing the article after the review has been prepared, a fee is charged.

Article typology

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

Methodological structure of an article

The title, abstract and key words should be written in Slovene and English. A concise but informative title should convey the nature, content and research design of the paper. It must not exceed 120 characters. If the title is followed by a subtitle, a semicolon should be placed in between. Up to six key words separated by a semicolon and not included in the title should define

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

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

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

Methods: This section provides an overview of the research or experimental design, the research instrument, the reliability of the instrument, the place, methods and time of data collection, and methods of data analysis.

Results: This section briefly summarises and discusses the major findings. The information presented in this section should be directly connected to the research question and purpose of the study. Quantitative studies should include the statement of statistical validity and statistical significance of the results.

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

Structure of an Original Scientific Article

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

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

We recommend formulating research questions (qualitative research) or hypotheses (quantitative research).

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

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

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

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

Results: This section presents the research results descriptively or in numbers and figures. A table is included only if it presents new information. Each finding is presented only once so as to avoid repetition and duplication of the content. Explanation of the results should be focused on statistically significant or unexpected findings. Results are presented according to the level of statistical complexity. All abbreviations used in figures and tables should be accompanied with explanatory captions in the legend below the table or figure. Results are presented according to the variables, and should answer all research questions or hypotheses. In qualitative research, the development

of codes and categories should also be presented, including one or two representative statements of respondents. A schematic presentation of the codes and ensuing categories should be provided.

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

Conclusion: Summarised in this section are the author's principal points and transfer of new findings into practice. The section may conclude with specific suggestions for further research building on the topic, conclusions and contributions of the study, taking into account its limitations. Citations of quotes, paraphrases or abbreviations should not be included in the conclusion. The article concludes with a list of all the published works cited or referred to in the text of the paper.

Structure of a Review Article

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

The **conclusion** section emphasises the contribution of the literature review conducted, sheds light on any

gaps in previous research, identifies the significance of further research, the translation of new knowledge and recommendations into practice, research, education, management by also taking into consideration its limitations. It also pinpoints the theoretical concepts which may guide or direct further research. Citation of quotes, paraphrases or abbreviations should not be included in the conclusion.

References

In academic writing, authors are required to acknowledge the sources from which they draw their information, including all statements, theories or methodologies applied. Authors should follow the APA 7- American Psychological (APA Style, 2020) for in-text citations and in the list of references at the end of the paper. **In-text citations** or parenthetical citations are identified by the authors' surname and the publication year placed within parentheses immediately after the relevant word and before the punctuation mark: (Pahor, 2006) or Pahor (2006) when the surname is included in the sentence. For more than three authors in the text, write "et al." (separate two surnames with "&": (Stare & Pahor, 2010; Chen et al., 2007). If citing multiple works, separate them with semicolons and list them alphabetically, separated by a semi-colon (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong et al., 2014).

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

All in-text citations should be listed in the **references** at the end of the document. Only the citations used are listed in the references, which should be arranged in alphabetical order according to authors' last names. In-text citations should not refer to unpublished sources. If there are several authors, the in-text citation includes only the last name of the first author followed by the phrase et al. and the publication date. We list up to 20 authors. In case there are more than 20 authors, we list 19, add a comma,

three dots, and the last author. The list of references should be arranged in alphabetical order according to the first author's last name, character size 12pt with single spaced lines, left-aligned and with 12pt spacing after references (paragraph spacing). Cited pages should be included in the in-text citation if the original segment of the text is cited (Ploč, 2013, p.56) and in the references (see examples). If several pages are cited from the same source, the pages should be separated by a comma (e.g. pp. 15–23, 29, 33, 84–86). If a source cited is also accessible on the World Wide Web, the bibliographic information should conclude with 'Retrieved from', date, followed by the URL- or URN-address (See examples).

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

Reference examples by type of reference

Books:

Author, A. A., & Author, B. B. (year of copyright). Title of the book (7th ed.). Publisher. DOI/URL

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

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

Chapter/essay in a book edited by multiple editors:

Author, A. A., & Author, B. B. (year of copyright). Chapter title. In A. A. Editor & B. B. Editor (Eds.), Title of the book (2nd ed., pp. #-#). Publisher. DOI or URL

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

Spatz, D. L. (2014). The use of human milk and breastfeeding in the neonatal intensive care unit. In K. Wamback & J. Riordan (Eds.), *Breastfeeding and human lactation* (5th ed., pp. 469–522). Jones & Bartlett Learning

Books edited by one or multiple authors:

Author, A. A., (Ed.). (year). Title (edition). Publisher. DOI or URL

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

Journal Articles:

Author, A. A., & Author, B. B. (year). Article title. Journal Title, volume(issue), #-#. DOI/URL

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

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

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

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

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

Up to 20 authors listed

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

More than 20 authors

Author, X. X., ... Author, X. X. (Year). Title. Journal Title, volume(issue), #-#. DOI/URL

Perl A. E., Martinelli G., Cortes J. E., Neubauer, A., Berman, E., Paolini, S., Montesinos, P., Baer, M. R., Larson, R. A., Ustun, C., Fabbiano, F., Erba, H. P., Di Stasi, A., Stuart, R., Olin, R., Kasner, M., Ciceri, F., Chou, W.-C., ... Levis, M. J. (2019). Gilteritinib or chemotherapy for relapsed or refractory FLT3-mutated AML. *New England Journal of Medicine*, 381(18), 1728–1740.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1902688>

Conference papers:

Conference paper author, X. X. (year). Conference paper title. In A. A. Editor (Ed.), Conference proceedings title. (#-#). Publisher. DOI/URL

Skela-Savič, B. (2008). Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi: Vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In B. Skela-Savič, B. M. Kaučič & J. Ramšak-Pajk (Eds.), *Teorija, raziskovanje in praksa: trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, Bled 25. in 26. september 2008* (pp. 38–46). Visoka šola za zdravstveno nego.

Thesis or dissertation:

Author, X. X. (Year). Title. [Degree project/Bachelor's thesis/Master's thesis, University]. Database Name/Archive Name. URL

Rebec, D. (2011). *Samoocenjevanje študentov zdravstvene nege s pomočjo video posnetkov pri poučevanju negovalnih intervencij v specialni učilnici* [magistrska naloga, Univerza v Mariboru].

Author, X. X. (Year). Title. [Doctoral thesis/Licentiate thesis, University]. Database Name/Archive Name. URL

Kolenc, L. (2010). *Vpliv sodobne tehnologije na profesionalizacijo poklica medicinske sestre* [doktorska naloga, Univerza v Ljubljani].

Ahmed, S. (2020). Healthcare financing challenges and opportunities to achieving universal health coverage in the low- and middle-income country context. [Doctoral thesis, Karolinska Institutet]. Karolinska Institutet Open Archive. <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/46957>

Laws, codes, regulations, and organizations:

Title of the law (year). URL

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). (2008). Uradni list RS, št. 15 Uradni list RS, št. 58/11, 40/12 – ZUJE, 90/12, 41/17 – ZOPOPP in 200/20 – ZOOMTVI. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>

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

Organization. (year). Title (Collection title or serial number). Publisher. URL

World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. (2019). *Respect women: Preventing violence against women* (WHO/RHR/18.19). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/preventing-vaw-framework-policymakers/en/>

Zavod Republike Slovenije za šolstvo. (2019). *Letno poročilo o delu Zavoda Republike Slovenije za šolstvo za obdobje od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2018*. <https://www.zrss.si/wp-content/uploads/2020/06/2019-02-21-porocilo-2018.pdf>

Electronic resources

Surname, X. X./Organization. (Date). Title. URL

Bologna, C. (2018, June 27). *What happens to your mind and body when you feel homesick*. HuffPost. https://www.huffingtonpost.com/entry/what-happens-min-body-omesick-us_5b201ebde4b09d7a3d77eee1

ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES

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

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

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

1. The TITLE PAGE, which should include:

- the title of the article;
- the full names of the author/s in the same order as that cited in the article;
- the data about the authors (name, surname, their highest academic degree, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status, e-mail address, ORCID, Twitter), and the name of the corresponding author; if the article is written in the English language, the data about the authors should also be given in English; authors' signatures; the e-statement of authorship is included in the system;
- the information whether the article includes the results of some other larger research or whether the article is based on a diploma, masters or doctoral thesis (in which case the first author is always the student) and the acknowledgements;
- authors' statements: Along with the manuscript, the authors have the obligation to submit the following statements (in articles written in the Slovene language, the English version of the statements must be included). The statements should be included before the 'References' section after the manuscript has been reviewed and accepted for publication.

Acknowledgements

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

Conflict of interest

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

Funding

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

Ethical approval

The manuscript should include a statement that the study obtained ethical approval (or a statement that it was not required), the name of the ethics committee(s) and the number/ID of the approval. If the research required no ethics approval, the ethical and moral basis of the work should be justified. Depending on the nature of the research, the authors can write the following statement: 'The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2024), (or) the Code of Ethics for Midwives of Slovenia (2014).' Both sources should be included in the reference list.

Author contributions

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

2. STATEMENT OF AUTHORSHIP

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

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

Length of the manuscript: The length of the paper must not exceed 5000 words for quantitative and 6000 for qualitative research articles, excluding the title, abstract, tables, pictures and literature. The number of words should be stated in the 'Title Page' document.

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

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

Figures should be numbered consecutively in the order first cited in the text, using Arabic numerals. Captions and legends should be given below each figure in Slovene and English, Times New Roman font, size 11. Figures refer to all illustrative material, including graphs, charts, drawings, photographs, diagrams. Only 2-dimensional, black-and-white pictures (also with hatching) with a resolution of at least 300 dpi (dot per inch) are accepted. If the figures are in a 2-dimensional coordinate system, both axes (x and y) should include the units or measures used.

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

Article submissions by editors and members of the editorial board

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

The editorial board – author/s relationship

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

GUIDE TO REVIEWERS

Reviewers play an essential part in science and in scholarly publishing. They uphold and safeguard the scientific quality and validity of individual articles and also the overall integrity of the Slovenian Nursing Review. Reviewers are selected independently by the editorial board on account of their content or methodological expertise. For each article, reviewers

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

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

References

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

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

Kodeks etike v zdravstveni negi Slovenije (2024). Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

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

Updated on August 2024

Cite as:

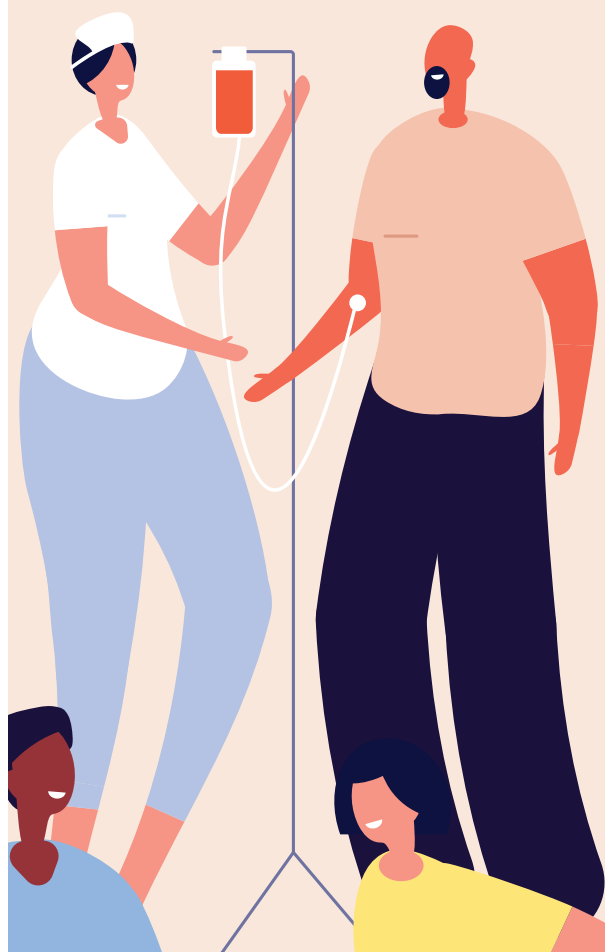
Slovenian Nursing Review. (2024). Guide for authors and reviewers. *Slovenian Nursing Review*, 58(4), 302–310.



Z MEDICINSKIMI SESTRAMI
IN BABICAMI DO

DOSTOPNEGA

ZDRAVSTVENEGA SISTEMA



Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

NAROČILNICA

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

Ime:

Priimek:

Ulica:

Pošta:

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

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

Kraj in datum:

Podpis:



Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

NAROČILNICA

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

Ime / Naziv:

Ulica:

Pošta:

Naročnino bomo poravnali v osmih dneh po prejemu računa.

Davčna številka:

Kraj in datum:

Podpis in žig: