

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 2023 Letnik 57 Številka 1
Ljubljana 2023 Volume 57 Number 1

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 slovenščini in angleščini in izhaja štirikrat letno.

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

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

- Genomics-informed nursing: The future of nursing
 Genomsko podprta zdravstvena nega: prihodnost zdravstvene nege 4
Arja Halkoaho, Nina Smolander, Maria Caples, Angelo Dante, Cristina Petrucci, Marija Milavec Kapun

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- Interpersonal relationship between the mentor and mentee in clinical nursing practice:
 A qualitative study
 Medosebni odnos med mentorjem in mentorirancem v klinični praksi zdravstvene
 nege: kvalitativna raziskava 8
Ana Nastran, Deja Praprotnik, Jakob Renko, Sabina Ličen, Mirko Prosen
- Odnos in pripravljenost zaposlenih v zdravstveni negi za oskrbo pacientov
 s HIV/AIDS-om: opisna raziskava
 Attitude and willingness of nursing staff to care for patients with HIV/AIDS:
 A descriptive research 24
Ana Plahuta, Sanja Skrt, Julija Jazbec, Sabina Ličen

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Vloga izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji in supinaciji intubiranega pacienta
 s hudim akutnim respiratornim sindromom koronavirus-2: pregled literature
 Nurses' role in the care of intubated patients with severe acute respiratory syndrome
 coronavirus-2 in prone and supine position: A literature review 32
Bine Halec, Eva Tisaj
- Doživljanje neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah: integrativni pregled literature
 Nurses experiencing missed nursing care: An integrative literature review 43
Mateja Bahun, Helena Jeriček Klanšček
- Povezava lastnosti vodje in vodenja s kakovostjo storitev v zdravstveni negi:
 pregled literature
 The connection between the qualities of a leader and leadership with the quality of
 nursing care: A literature review 53
Darjan Kodele, Melita Peršolja

Editorial/Uvodnik

Genomics-informed nursing: The future of nursing

Genomsko podprta zdravstvena nega: prihodnost zdravstvene nege

Arja Halkoaho¹, Nina Smolander¹, Maria Caples², Angelo Dante³, Cristina Petrucci³, Marija Milavec Kapun^{4,*}

Nursing and nursing education are about to be revolutionised by the emerging field of genomics-informed nursing. Every individual has their own personal genetic make-up that determines their health and wellbeing. In recognition of the importance of this fact and the opportunities it presents, it is essential for healthcare educators, students and healthcare professionals to enhance their genomic literacy, i.e., the ability to obtain, process, understand, and use genomic information in health-related decision-making (Hurle et al., 2013; Whitley, Tueller, & Weber, 2020).

To improve nurses' ability to integrate genomics into daily nursing practice, it is essential to raise their genomic literacy (Calzone et al., 2018a). To successfully meet this challenge, nurses all around the world must achieve a high level of genomic literacy. Nursing curricula need to be developed to meet these educational needs at the undergraduate and postgraduate levels. Whilst core genomic competencies for nurses are clearly defined, difficulties have been reported regarding the integration of these competencies into existing nursing curricula. To ensure successful integration of genomic competencies into nursing curricula, it has been suggested that instead of developing specific genomic modules, genomic competencies should be embedded into existing elements of nursing curricula so as to facilitate learning (Skirton et al., 2012). Therefore, to meet the demands of future nursing education, it is paramount to develop strategies for incorporating genomic competencies into nursing curricula. This can be achieved through collaboration with multiple stakeholders, including highly involved management, and within a realistic timeframe (Calzone et al., 2018b).

Genomics is a fundamental component of precision medicine and has already established itself in research and medicine worldwide. This, however, is not the case in nursing, especially in Europe (Calzone et al., 2018b). The goal of the '1+ Million Genomes' initiative, launched by the European Commission, is to maximise the potential benefits and actions required in the field of genomics. The initiative aims to accelerate the development of precision medicine, various targeted therapies, and other interventions. Such developments can provide people with earlier diagnosis and treatment and, equally important, adequate information on preventive measures. Genomics can have a tangible impact on the accessibility, inclusiveness, and effectiveness of health systems across the European Union (European Commission, 2022). In addition to European initiatives, the International Council of Nurses has encouraged nurses to enhance their knowledge of new practices, including genetics and genomics, as well as of ethical considerations related to this emerging field within nursing (International Council of Nurses, 2021).

Genomics-informed nursing is a complex field that encompasses all areas of health care, e.g., diabetes mellitus, cardiac diseases, cerebrovascular diseases, oncology, neurology, paediatrics, pharmacology, and pain management. It is therefore extremely relevant to all nurses, regardless of their field of practice (Wright, Zhao, Birks, & Mills, 2019). In addition, genomic competency applied in offering counselling and support to patients and their families will become a growing component of the nursing profession due to an increased interest in direct-to-consumer genetic

¹ Tampere University of Applied Sciences, Kuntokatu 3, 33520 Tampere, Finland

² University College Cork, College Road, Cork T12 AK54, Ireland

³ Università Degli Studi Dell'Aquila, Palazzo Camponeschi, piazza Santa Margherita 2, 67100 L'Aquila, Italy

⁴ Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana, Slovenia

* Corresponding author/Korespondenčni avtor: marija.milavec@zf.uni-lj.si



testing and lower prices of genetic testing in health care (Rayes et al., 2019; Martins, Murry, Telford, & Moriarty, 2022). An example of the power of genomics was evident during the global COVID-19 pandemic. The vast number of reported cases revealed several health inequalities, but genomics enabled the development of vaccines and treatments (Denny & Collins, 2021).

Nurses are in a unique position to provide patients and their significant others with information and counselling on sensitive issues related to genomics. It is therefore clear that every nurse should be familiar with the basics of genomics and aware of the ethical issues involved. Patients need to make their own decisions; however, to arrive at an evidence-based informed decision, they often need support in understanding and finding relevant perspectives and options. This is particularly important given the amount of genetic information made available to people through media, the health industry (e.g., direct-to-consumer genetic testing) and healthcare services. Patients have the right to hold their own views, make their own informed decisions and take action based on their personal values. Patient privacy must be respected at every stage of the decision-making process, and in case of an intervention involved, obtaining informed consent is mandatory. However, according to Appelbaum (2017), there are a number of challenges that accompany the process of obtaining informed consent:

- a large amount of information that needs to be communicated;
- individuals faced with decisions about genomics need to understand, in addition to the standard information which accompanies obtaining any clinical or research consent, also:
- the nature of their situation;
- the reason the test is being recommended;
- the likely benefits and risks, such as possible discrimination; and how to deal with secondary findings — a particularly difficult issue, as researchers and clinicians will not know the likely findings or their potential implications at the time the decision is being made.

Ethical competency in a sensitive field of genomics-informed nursing requires a comprehensive understanding of ethical sensitivity and knowledge, skills in ethical reflection, and, most importantly, competence in ethical decision-making, actions, and behaviours (Lechasseur, Caux, Dollé, & Legault, 2018).

How can genomics-informed nursing reshape future nursing?

Nursing education occupies a key position in developing the means and opportunities to integrate genomics-informed nursing into nursing curricula and thus enable its transition into nursing practice. Genomics-informed nursing will not only reform healthcare services based on precision medicine and precision nursing, but also

create new career opportunities. Prevention of non-communicable diseases will remain one of the most important global challenges in health care (Denny & Collins, 2021). Therefore, nursing educators and clinical decision-makers should focus on preventive healthcare measures, with particular attention to individuals at risk for genomic conditions (Laaksonen, Airikkala, & Halkoaho, 2022). By focusing on preventive care, at-risk individuals will have earlier access to health services, while nursing professionals will be able to use their expertise in educating patients and the general population while incorporating digital and technological innovations into precision nursing (Harrington, 2021).

Demand for nurses' knowledge and skills is increasing in many emerging areas of nursing, including genomics-informed nursing. However, creating consensus and providing quality content in genomics-informed nursing is only possible through international collaboration.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Genomsko podprta zdravstvena nega bo vnesla velike spremembe tako na področje zdravstvene nege kot tudi izobraževanja. Dobro počutje in zdravje vsakega posameznika določa njegova osebna genetska zasnova. Da bi razumeli njen pomen in se zavedali priložnosti, ki jih njeno poznavanje prinaša, je potrebno izboljšati genomsko pismenost zdravstvenih pedagogov, študentov in zdravstvenih delavcev v smislu sposobnosti pridobivanja, obdelave, razumevanja in uporabe genomskih informacij pri sprejemanju odločitev, povezanih z zdravjem (Hurle et al., 2013; Whitley, Tueller, & Weber, 2020).

Za vključevanje genomike v vsakodnevno prakso zdravstvene nege je ključnega pomena izboljšati in povečati genomsko pismenost medicinskih sester (Calzone et al., 2018a). To pomeni, da morajo medicinske sestre po vsem svetu doseči visoko raven genomске pismenosti. Potrebno je razviti učne načrte zdravstvene nege, ki bodo zadostili tem izobraževalnim potrebam na dodiplomski in podiplomski ravni. Čeprav so temeljne kompetence medicinskih sester s področja genomike jasno definirane, se pri njihovem vključevanju v obstoječe učne načrte zdravstvene nege pogosto pojavljajo težave. Da bi zagotovili uspešno vključitev kompetenc s področja genomike v učne načrte zdravstvene nege, se namesto oblikovanja posebnih modulov genomike predlaga njihova vključitev v obstoječe elemente učnih načrtov zdravstvene nege, saj lahko to olajša učni proces (Skirton et al., 2012). Za zadostitev potreb prihodnjega izobraževanja na področju zdravstvene nege je razvoj strategij za vključevanje kompetenc s področja genomike v učne načrte zdravstvene nege ključnega pomena. Uresniči se lahko skozi tesno sodelovanje z različnimi deležniki (vključno

z vodstvom zdravstvenih ustanov) in v realnem časovnem okviru (Calzone et al., 2018b).

Kot temeljno področje precizne medicine je genomika priznana v medicini in raziskovalni dejavnosti po vsem svetu. Vendar pa to ne velja za zdravstveno nego, zlasti ne v Evropi (Calzone et al., 2018b). Namen pobude Evropske komisije, imenovane 1+ milijon genomov, je karseda povečati potencialne koristi genomike in uvesti potrebne ukrepe na tem področju. Njen cilj je pospešiti razvoj precizne medicine, različnih ciljno usmerjenih terapij in drugih posegov. S pomočjo teh razvojnih ukrepov se lahko ljudem zagotovi zgodnejše diagnosticiranje in zdravljenje, prav tako pa tudi ustrezne informacije o preventivnih ukrepih. Genomika lahko pomembno vpliva na dostopnost, inkluzivnost in učinkovitost sistemov zdravstvenega varstva v Evropski uniji (European Commission, 2022). Poleg evropskih pobud je Mednarodni svet medicinskih sester medicinske sestre spodbudil tudi k poglobljanju znanja o novih praksah, vključno tistih s področij genetike in genomike, ter o etičnih vidikih, povezanih z novim in razvijajočim se področjem zdravstvene nege (International Council of Nurses, 2021).

Genomsko podprta zdravstvena nega je kompleksna celota, ki zajema vsa področja zdravstva, npr. zdravljenje sladkorne bolezni, bolezni srca in cerebrovaskularnih bolezni, onkologijo, nevrologijo, pediatrijo, farmakologijo, lajšanje bolečin. Zato je to področje osrednjega pomena za vse medicinske sestre ne glede na njihovo področje specializacije (Wright, Zhao, Birks, & Mills, 2019). Zaradi povečanega zanimanja za genetsko testiranje neposredno pri uporabniku in nižjih cen genetskega testiranja v zdravstvu bodo kompetence s področja genomike postale vse bolj pomemben del poklica medicinske sestre v kontekstu podpore pacientov in njihovih družin ter usmerjanja posameznikov (Rayes et al., 2019; Martins, Murry, Telford, & Moriarty, 2022). Med pandemijo covid-19 je pomen genomike prišel še posebej do izraza. Čeprav je ogromno število odkritih primerov razkrilo različne neenakosti na področju zdravja, je genomika omogočila razvoj cepiv in zdravil (Denny & Collins, 2021).

Medicinske sestre imajo edinstveno nalogo obveščanja in usmerjanja pacientov in njihovih bližnjih v zvezi z občutljivimi vprašanji, povezanimi z genomiko. To pomeni, da mora vsaka medicinska sestra poznati osnove genomike in se zavedati etičnih vprašanj, povezanih s tem področjem. Pacienti se morajo odločati sami, vendar pa za informirano odločitev, podprto z dokazi, pogosto potrebujejo podporo pri razumevanju določenih vidikov in iskanju možnosti. To je še posebej pomembno glede na količino genetskih informacij, ki so ljudem na voljo prek medijev, zdravstvene industrije (npr. genetsko testiranje neposredno pri naročniku) in zdravstvenih storitev. Pomembno je, da imajo pacienti pravico do zavzemanja lastnih stališč, da se lahko odločajo na podlagi lastnih informacij in ukrepajo na podlagi

osebnih vrednot. Zasebnost pacientov je potrebno spoštovati v vseh fazah postopka odločanja, pri čemer je v primeru kakršnegakoli posega obvezno pridobiti informirano soglasje pacienta. Vendar pa je po mnenju Appelbauma (2017) postopek pridobivanja informiranega soglasja povezan s številnimi izzivi:

- velika količina informacij, ki jih je potrebno posredovati;
- poleg posredovanja standardnih informacij, ki spremljajo pridobivanje vsakršnega soglasja v klinični ali raziskovalni praksi, morajo biti pri sprejemanju odločitev, povezanih z genomiko, posamezniki seznanjeni še z:
 - naravo svojega stanja;
 - razlogi za priporočljivost testa;
 - verjetnimi koristmi in tveganji (npr. možno diskriminacijo) ter načinom ravnanja s sekundarnimi ugotovitvami, kar je še posebej zahtevna tema, saj raziskovalci in zdravniki v danem trenutku še ne poznajo niti verjetnih ugotovitev niti njihovih morebitnih posledic.

Etična kompetenca na občutljivem področju genomsko informirane zdravstvene nege zahteva celovito razumevanje etične občutljivosti, poznavanje in sposobnost etične refleksije, predvsem pa sposobnost etičnega odločanja, delovanja in vedenja (Lechasseur, Caux, Dollé, & Legault, 2018).

Na kakšen način lahko genomsko podprta zdravstvena nega preoblikuje področje zdravstvene nege?

IZOBRAŽEVANJE v zdravstveni negi ima ključno vlogo pri razvijanju sredstev in možnosti za vključitev genomsko informirane zdravstvene nege v učne načrte zdravstvene nege in s tem za omogočanje njenega prehoda v zdravstveno prakso. Genomsko podprta zdravstvena nega bo ustvarila nove poklicne priložnosti, hkrati pa bo reformirala zdravstvene storitve, ki temeljijo na precizni medicini in precizni zdravstveni negi. Preprečevanje nenalezljivih bolezni bo ostal eden najpomembnejših globalnih izzivov na področju zdravstvenega varstva (Denny & Collins, 2021). Zato bi morali izobraževalci v zdravstveni negi in klinični odločevalci poudarjati in se osredotočati na preventivne zdravstvene ukrepe, zlasti pri ljudeh s tveganjem za genomske bolezni (Laaksonen, Airikkala, & Halkoaho, 2022). Poudarek na preventivnem zdravstvenem varstvu bo ogroženim omogočil zgodnejši dostop do zdravstvenih storitev, strokovnjakom zdravstvene nege pa možnost uporabe svojega strokovnega znanja pri izobraževanju ljudi in bolnikov, obenem pa tudi uporabo digitalnih in tehnoloških inovacij v precizni zdravstveni negi (Harrington, 2021).

Zahteve po znanju in veščinah medicinskih sester na številnih novih področjih zdravstvene nege, vključno z genomsko podprto zdravstveno nego, so vse bolj izrazite. Vendar pa oblikovanje konsenza in kakovostnih vsebin na področju genomsko informirane zdravstvene nege zahteva mednarodno sodelovanje.

Conflict of interest/Nasprotje interesov

The authors are project partners in the Erasmus+ project GenoNurse./Avtorji nastopajo v vlogi projektnih partnerjev v projektu GenoNurse programa Erasmus+.

Literature

Appelbaum, P. (2017). Models of informed consent for genomic sequencing. *European Neuropsychopharmacology*, 27, S477. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.09.559>

Calzone, K. A., Kirk, M., Tonkin, E., Badzek, L., Benjamin, C., & Middleton, A. (2018a). Increasing nursing capacity in genomics: Overview of existing global genomics resources. *Nurse Education Today*, 69, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.06.032> PMID:30007148; PMCID:PMC6112149

Calzone, K. A., Kirk, M., Tonkin, E., Badzek, L., Benjamin, C., & Middleton, A. (2018b). The global landscape of nursing and genomics. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(3), 249–256. <https://doi.org/10.1111/jnu.12380> PMID:29608246; PMCID:PMC5959047

Denny, J. C., & Collins, F. S. (2021). Precision medicine in 2030: Seven ways to transform healthcare. *Cell*, 184(6), 1415–1419. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.01.015> PMID:33740447; PMCID:PMC9616629

European Commission. (2022). *European “1+ Million Genomes” Initiative*. Retrieved November 23, 2022, from <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/1-million-genomes>

Halkoaho, A., Smolander, N., Laaksonen, M., Huhtinen, E., Hegarty, J., Caples, M. ... Lancia, L. (2023). GenoNurse – project: An international partnership to enhance genetic and genomic competence in European nursing students. In Z. Kubincova, A. Melonio, & D. Duraes et al. (Eds.) & L. Lancia (Eds.), *MIS4TEL 2022: Methodologies and Intelligent Systems for Technology Enhanced Learning, Workshops, 12th International Conference* (pp. 152–159). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-20257-5_16

Harrington, L. (2021). Precision nursing. *AACN Advanced Critical Care*, 32(3), 243–246. <https://doi.org/10.4037/AACNACC2021471> PMID:34490440

Hurle, B., Citrin, T., Jenkins, J. F., Kaphingst, K. A., Lamb, N., Roseman, J. E., & Bonham, V. L. (2013). What does it mean to be genomically literate: National human genome research institute meeting report. *Genetics in Medicine*, 15(8), 658–663. <https://doi.org/10.1038/gim.2013.14> PMID:23448722; PMCID:PMC4115323

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. Geneva: International Council of Nurses. Retrieved from https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

Laaksonen, M., Airikkala, E., & Halkoaho, A. (2022). The development of education of public health nurses for applying genomics in preventive health care. *Frontiers in Genetics*, 13(April), Article 849232. <https://doi.org/10.3389/fgene.2022.849232> PMID:35464840; PMCID:PMC9024403

Lechasseur, K., Caux, C., Dollé, S., & Legault, A. (2018). Ethical competence: An integrative review. *Nursing Ethics*, 25(6), 694–706. <https://doi.org/10.1177/0969733016667773> PMID:27694548

Martins, M. F., Murry, L. T., Telford, L., & Moriarty, F. (2022). Direct-to-consumer genetic testing: An updated systematic review of healthcare professionals' knowledge and views, and ethical and legal concerns. *European Journal of Human Genetics*, 30, 1331–1343. <https://doi.org/10.1038/s41431-022-01205-8> PMID:36220915; PMCID:PMC9553629

Rayes, N., Bowen, D. J., Coffin, T., Nebgen, D., Peterson, C., Munsell, M. F. ... Lu, K. H. (2019). MAGENTA (Making Genetic testing accessible): A prospective randomized controlled trial comparing online genetic education and telephone genetic counseling for hereditary cancer genetic testing. *BMC Cancer*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5868-x> PMID:31266460; PMCID:PMC6604336

Skirton, H., Barnoy, S., Erdem, Y., Ingvaldstad, C., Pestoff, R., Teksen, F., & Williams, J. (2012). Suggested components of the curriculum for nurses and midwives to enable them to develop essential knowledge and skills in genetics. *Journal of Community Genetics*, 3(4), 323–329. <https://doi.org/10.1007/s12687-012-0098-9> PMID:22569766; PMCID:PMC3461229

Whitley, K. V., Tueller, J. A., & Weber, K. S. (2020). Genomics education in the era of personal genomics: Academic, professional, and public considerations. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(3), Article 768. <https://doi.org/10.3390/ijms21030768> PMID:31991576; PMCID:PMC7037382

Wright, H., Zhao, L., Birks, M., & Mills, J. (2019). Genomic literacy of registered nurses and midwives in Australia: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(1), 40–49. <https://doi.org/10.1111/jnu.12440> PMID:30367730

Cite as/Citirajte kot:

Halkoaho, A., Smolander, N., Caples, M., Dante, A., Petrucci, C., & Milavec Kapun, M. (2022). Genomics-informed nursing: The future of nursing. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(1), 4–7. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.1.3223>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

Interpersonal relationship between the mentor and mentee in clinical nursing practice: A qualitative study

Medosebni odnos med mentorjem in mentorirancem v klinični praksi zdravstvene nege: kvalitativna raziskava

Ana Nastran, Deja Praprotnik*, Jakob Renko¹, Sabina Ličen¹, Mirko Prosen¹

Keywords: mentoring; nursing students; clinical practice; health system; faculty

Ključne besede: mentoriranje; študenti; klinično usposabljanje; zdravstveni sistem; fakulteta

¹ University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Polje 42, 6310 Izola, Slovenia

* Corresponding author/
Korespondenčni avtor:
deja.praprotnik@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: The interpersonal relationship between the nurse mentor and the mentee (i.e., student nurse) is critical to the success of the mentoring process and training of new nurses. The aim of this study was to examine and explore the interpersonal relationships between nurse mentors and their mentees and to identify the factors that influence their relationship.

Methods: A qualitative approach with a descriptive-interpretive design was used for data collection and analysis. Semi-structured interviews were conducted on a purposive sample of mentors and two focus groups with mentees – student nurses. Four mentors and eight mentees were involved in the study. Data were collected in December 2021 and analysed using content analysis.

Results: Mentors and mentees had relatively similar perceptions of their interpersonal relationship. We identified the common main theme "Mentor-Mentee Interpersonal Relationship", and two subthemes, namely "Characteristics of the Mentor-Mentee Interpersonal Relationship" and "Factors Influencing the Mentor-Mentee Interpersonal Relationship". Both mentors and mentees were found to have consistent expectations regarding their role in clinical practice. The most important factors of their interpersonal relationship reported by both mentors and mentees were the personality traits of mentors and mentees, the setting of boundaries in their interpersonal relationship, the amount of time required to establish the interpersonal relationship, and differences in the relationship depending on the domain of clinical practice.

Discussion and conclusion: The study identifies the key characteristics and factors of the interpersonal relationship between the mentor and mentee in the mentoring process. It highlights the key elements that all those involved in clinical practice need to be aware of in order to overcome various potential barriers and improve the mentoring experience in the clinical setting.

IZVLEČEK

Uvod: Medosebni odnos med mentorjem in mentorirancem je ključnega pomena za uspešno izpeljan proces mentoriranja in izobraževanje novega kadra na področju zdravstvene nege. Namen raziskave je bil preučiti in raziskati medosebne odnose med mentorji in mentoriranci zdravstvene nege ter ugotoviti, kateri dejavniki krojijo njihove odnose.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna metodologija raziskovanja in deskriptivno-interpretativni dizajn. Podatki na namenskem vzorcu štirih mentorjev so bili pridobljeni z individualnimi delno strukturiranimi intervjuji in na vzorcu osmih mentorirancev s pomočjo dveh fokusnih skupin. Podatki so bili zbrani v decembru 2021 in analizirani z metodo analize vsebine.

Rezultati: Ugotovljeno je bilo, da mentorji in mentoriranci njihov medosebni odnos dojemajo podobno. Identificirali smo skupno glavno temo »medosebni odnos mentor – mentoriranec« ter glavni podtemi »značilnosti medosebnega odnosa mentor – mentoriranec« in »dejavniki medosebnega odnosa mentor – mentoriranec«. Tako mentorji kot mentoriranci imajo skladna pričakovanja glede njihove vloge. Kot glavne dejavnike medosebnega odnosa so oboji izpostavili osebnostne lastnosti mentorja in mentoriranca, postavljanje mej v medosebnem odnosu, čas, namenjen vzpostavljanju medosebnega odnosa, ter razlike v odnosu glede na področje kliničnega usposabljanja.

Diskusija in zaključek: Ugotovljeni so bili ključne značilnosti in dejavniki medosebnega odnosa med mentorjem in mentorirancem v procesu mentoriranja. Izpostavili smo ključne elemente, ki se jih morajo v procesu kliničnega usposabljanja zavedati vsi udeleženci, saj le tako lahko premostijo različne potencialne ovire in izboljšajo izkušnjo mentoriranja v kliničnem okolju.



Received/Prejeto: 17. 1. 2021
Accepted/Sprejeto: 16. 10. 2022

© 2023 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 aim of nursing education is to equip students with the required level of professional competence before they enter the profession (Immonen et al., 2019). Nursing education is the foundation for a qualified and competent nursing workforce. A large part of this is the provision of high quality educational processes. As a standard for clinical placements, the clinical setting must provide a safe and supportive environment with a sufficient number of adequately trained and experienced staff (World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2015). Clinical mentors play a crucial role in supporting and assessing student nurses during their practical training. By definition, a mentor is an expert professional who facilitates learning and supervises and assesses students in the practice-based setting (Brown, Jones, & Davies, 2020).

A competent mentor is able to create a stimulating clinical learning environment, facilitate learning, monitor students' progress, assess their clinical competencies, and provide effective feedback. During clinical practice, the mentor provides constructive feedback and does not allow poor practice to continue (Immonen et al., 2019). To perform their role well, mentors need to possess and display certain personality traits, attitudes, values, motivation, commitment, satisfaction, problem-solving skills and work engagement (Pramila-Savukoski et al., 2020).

While the mentor needs to help the student with experience and practical knowledge, the student's role is to bring new, fresh nursing knowledge and insights into the clinical setting. It is also important that mentees are capable of independent thinking, are reliable, responsible, and have a respectful attitude towards others (Babuder, 2016). During clinical practice, students need to demonstrate not only theoretical knowledge, but also improvement in their own research skills, critical thinking, self-esteem, independent decision-making and effective interpersonal communication (Günay & Kılınc, 2018).

Students are interested in practical training in a clinical setting as there they can experience real-life situations and thus gain valuable experience. In clinical practice, learning can only take place if mentees feel safe and perceive their learning environment as positive. It is important that students are seen and heard, that their workload is adjusted, and that they feel they are not alone in delivering interventions. Creating a positive and trusting environment can help the mentee to learn and clarify their role as a future nurse, consequently reducing their anxiety about the future. Communication between the mentor and mentee is paramount in building trust and establishing the role of delegation and supervision during nursing education (Jeppesen, Christiansen, & Frederiksen, 2017).

In the Slovenian context, Babuder (2016) identifies certain differences in the perception of the mentor-mentee interpersonal relationship, as well as the necessary qualities and virtues of each. He identifies communication and mutual respect as the key factors in this relationship, while age is shown to be an independent factor. He concludes that mentors expect their mentees to be respectful and aware of their duties during the mentoring process. Mentees, in turn, expect their mentors to devote them sufficient time, to be organised, approachable and creative in their mentoring. As noted by Joubert & de Villiers (2015), other important factors affecting the mentor-mentee interpersonal relationship are the allocation of mentors and mentees to individual domains of nursing practice, the presence and competence of the mentor in the clinical setting, and a relationship based on trust. They suggest that the structure of the mentoring programme needs to be modified and improved by implementing certain changes. Previous research in this direction points to a knowledge gap in understanding the characteristics and factors that define the interpersonal relationship between the mentor and the mentee, and the need for a detailed investigation of this field (Dobrowolska et al., 2016; Nickitas, Villegas-Pantoja, & Jones, 2016; Nelson et al., 2018), which was also the motivation for this study.

Aims and objectives

The aim of the study was to examine and explore the interpersonal relationships between nursing mentors and their mentees and to identify the factors that influence them. Its objectives were to determine the value mentors and mentees place on their interpersonal relationship and the factors that influence this relationship. The following research questions were formulated:

- How do mentors and mentees experience their interpersonal relationship?
- What factors shape the interpersonal relationship between mentors and mentees?

Methods

A qualitative method and an interpretive descriptive data analysis were used in the study. The latter allows for an exploration of the problem from the perspective of the individuals involved, i.e. nursing mentors and mentees, and helps to gain insight into their actual experiences (Smythe, 2012).

Description of the research instrument

The interview guide and thematic guide for the focus group were designed using pre-defined guiding questions developed on the basis of the research objectives. The first interview conducted was a pilot

interview. It was used to test the relevance of the questionnaire, which was in line with the aim and objectives of the study.

The interview conducted with the mentors consisted of the following guiding questions: Have you received mentoring training? Do you prepare yourself for mentoring? How do you see your own role and the role of the mentee in the mentoring process? What kind of relationship do you wish to build with your mentee? Are there any factors that influence the relationship between you and your mentee? How do you set boundaries in your relationship with the mentee? How do you experience physical touch in your relationship with the mentee? Do you think you have enough time to complete mentoring successfully?

The focus group interview for the mentees consisted of the following guiding questions: How do you see your own role and the role of your mentor in the mentoring process? What qualities do you think a good mentor should possess? What kind of relationship do you wish to establish with your mentor? Are there any factors that influence the relationship between you and your mentor? How do you perceive boundaries in the relationship with your mentor? How do you experience physical touch in the relationship with your mentor? Do you think your mentor devotes enough time to you?

Description of the sample

We used a purposive sample of registered nurses mentoring students in clinical practice and undergraduate nursing students from two medical faculties in Slovenia. To understand the interpersonal relationships in the process of clinical practice from the mentors' perspective, we included four registered nurses, two female and two male, who mentor students in different clinical settings and at different levels of health care. They had been mentoring students in clinical practice for an average of 11.5 years. Two of them had completed mentor training, the other two had not. Their decision to take on mentorship was motivated by their desire to pass on knowledge, which they also see as a work obligation and duty to the new staff. To understand the interpersonal relationships between mentors and mentees from the mentees' perspective, we recruited eight undergraduate nursing students, four women and four men, to participate in the study. One participant was in her first year of study, five in their second year and two in their third year. All had already completed at least one clinical placement.

We conducted four individual interviews with mentors and two focus groups, each involving four students. Data saturation was established after two individual interviews and the two focus groups. Typically, data saturation occurs when the newly acquired data no longer contribute to further

clarification of the categories (Vogrinč, 2008). Nevertheless, the authors decided to continue data collection until they reached a high level of saturation in describing the phenomenon under investigation.

Description of the research procedure and data analysis

Participants were invited to take part in the study through personal acquaintances and further using the snowball method. Data were collected from a sample of mentors using individual semi-structured interviews and from a sample of mentees using a focus group interview. Prior to the interview, we explained the objectives of the study to the participants and agreed on the timing of the interview and focus groups according to their availability. To ensure adherence to the ethical standards of the research, all participants signed an informed consent form prior to the interviews and focus groups, informing them of the aims and process of the research, the risks and benefits involved, the expected duration of the interview, the confidentiality of the data and the voluntary nature of participation, as well as the option to end the interview at any time. Before the interviews began, they were again informed that the conversation would be recorded.

The study was conducted in December 2021. After the interviews, we transcribed the recordings, grammatically correcting participants' statements but leaving the content unchanged. Following this step, the transcripts were read several times, and markers relevant to the study were created. For data processing, we used Yin's (2010) model of content analysis: (1) compilation of the text; (2) disassembly of the text – coding; (3) reassembly of the text – grouping into larger semantic units; (4) interpretation of the results; (5) conceptualisation of the phenomenon under study. Triangulation of data was ensured through a literature review, individual interviews with mentors, and focus groups with mentees. In addition, we also applied researcher triangulation, as three researchers were involved in the revision and validation of the content and adoption of the final thematic concept. This allowed for credibility of the data analysis and a better understanding of the phenomenon under study.

Results

We identified a central theme for both mentors and mentees, which we termed "Mentor-Mentee Interpersonal Relationship". It was divided into two subthemes: "Characteristics of the Mentor-Mentee Interpersonal Relationship" and "Factors Influencing the Mentor-Mentee Interpersonal Relationship". The thematic concept is shown in Table 1.

Table 1: A schematic representation of the themes, subthemes and codes for mentors and mentees

Themes	Subthemes	Codes	Codes	Subthemes	Themes
Mentees' perspective					
Mentor-Mentee Interpersonal Relationship	Characteristics of the Mentor-Mentee Interpersonal Relationship	Personal views on mentoring		Characteristics of the Mentor-Mentee Interpersonal Relationship	Mentor-Mentee Interpersonal Relationship
		The mentee's perspective of the mentor's role			
		The mentee's perspective of the mentee's role			
		Desirable qualities of a mentor			
		Desired interpersonal relationship			
		Communication in the interpersonal relationship			
		Attitudes towards physical touch in the interpersonal relationship			
		The mentee's experience of nursing practice			
		Suggestions for improving clinical practice			
Mentors' perspective					
		Attitudes towards preparation for the mentoring role			
		The mentor's perspective of the mentor's role			
		The mentor's perspective of the mentee's role			
		Expectations in the interpersonal relationship			
		Mentor's barriers to mentoring			
		Communication in the interpersonal relationship			
		Attitudes towards physical touch in the interpersonal relationship			
		Reasons for the mentees' dissatisfaction with clinical practice			
		Conflict resolution in interpersonal relationships			
		Actual and desired training of mentors			
		Collaboration with the faculty in organising mentees' clinical practice			
Factors Influencing the Mentor-Mentee Interpersonal Relationship					
	Personal qualities of the mentor and the mentee		Personal qualities of the mentor and the mentee	Factors Influencing the Mentor-Mentee Interpersonal Relationship	
	Setting boundaries in the interpersonal relationship		Setting boundaries in the interpersonal relationship		
	Time dedicated to establishing an interpersonal relationship		Time dedicated to establishing an interpersonal relationship		
	Differences in attitude by area of clinical practice		Differences in attitude by area of clinical practice		
	Mentee's own initiative in the clinical setting		Mentee's faculty-allocated workload		
	Number of mentees per mentor in the clinical setting		Influence of the work environment on the mentoring process		
			Influence of the mentor's and mentee's "good day" and "bad day".		
			The first contact between mentor and mentee		
			The role of gender in the mentoring relationship		
			Mentee's expectations		

Characteristics of the mentor-mentee interpersonal relationship

The following section presents the perspectives of mentors and mentees regarding the characteristics of their relationship. It highlights the findings regarding their personal views on mentoring, the role of the mentor, the role of the mentee, and other key elements included in the subtheme "Characteristics of the Mentor-Mentee Interpersonal Relationship".

All mentors defined their role as one of imparting knowledge, familiarising the student with a particular field of practice, encouraging and supporting the student, and resolving potential conflicts that may arise in the mentoring process.

I see my role as trying to give students an insight into the actual practice. This allows them to get a feel for the environment and the dynamics of work. (Mentor 1)

My aim is to familiarise students with the field and offer them support. I observe their feelings, expectations, motivation and the difficulties they experience. My role as a clinical mentor is to constantly look for ways to engage them. As clinical mentors, we have to take a share of the responsibility in case of an unproductive, strained or even unprofessional relationship. (Mentor 2)

Mentors see the role of the mentee as equally important in building a successful interpersonal relationship in the mentoring process. Therefore, mentors have certain expectations of their mentees, such as a desire to work and learn, to become familiar with the field, and to show initiative.

It is important to have a certain zeal, a certain life-oriented attitude towards work. The student must have a certain ability to behave appropriately. (Mentor 3)

I see the student's role as having fun, being eager to learn, explore and ask questions. (Mentor 4)

They do not have to be enthusiastic and ask questions all the time. /.../ They have to show initiative. This makes the role of the mentor and mentee an interactive one, it is more productive, and both benefit from the relationship. (Mentor 2)

Mentees see the role of the mentor as a leader/supervisor. They experience the mentor as someone who guides the learning process and on whom they can rely. Opinions were divided on whether or not the mentor should be with the mentee at all times. The mentees see their own role as being actively engaged in the process, showing interest and willingness to work. They want the mentors to back them up and support them, to see them not as a burden, but someone they can trust and accept into their ranks.

I think the mentor should take the lead, he or she should be the one who assigns you work tasks, who shows you around the department, because you rely on your mentor to teach you new things. (Mentee 5)

In my opinion, it is my role as a student to make an effort and be involved in the process of nursing practice, to show interest and be prepared. (Mentee 4)

What matters to me is the mentor's commitment and trust. (Mentee 7)

Mentees adhere to the basic rules of etiquette and address their mentors formally (using the formal 'you' in Slovenian, i.e. *vikanje*) until told otherwise. They believe that this shows them respect and acknowledges their superior role.

I always address my mentor formally at the beginning until they tell me otherwise. Unless I am told otherwise, I address my mentor formally throughout the placement. /.../ You cannot address your superior informally unless they specifically say so. (Mentee 8)

Most mentors indicated that they preferred to keep spoken interaction formal at the beginning of the mentor-mentee relationship. Later in the mentoring process, based on the established relationship, many choose to address the mentee informally if the mentee agrees. All respondents believe that this is an individual decision of each mentor based on the established relationship.

This is not a rule, each mentor makes their own decision. I prefer formality in communication. It also depends on the student. Towards the end I say, /.../ we can switch to informal address. (Mentor 3)

In the context of non-verbal communication, mentors favour the use of appropriate physical contact in the form of handshakes at first contact, showing praise, attracting attention, and implementing nursing interventions. Due to the SARS-Cov-19 virus pandemic, the perception of touch has changed; the line between what is appropriate and desirable has become even more blurred. Mentors agree that any inappropriate touching or other actions that could be interpreted as sexual harassment are unacceptable. Among the factors limiting physical contact, gender was not highlighted, but rather the personality traits of the mentee and their attitude towards and acceptance of physical touch. One mentor pointed out that gender plays an important role in the relationship, but only because of the biological differences between the sexes.

For the past two years, it's been so strange in terms of physical contact. /.../ I like physical contact when I shake hands, or when I tap someone on the shoulder, when I just want to interrupt or remind, when I explain something, when I need something urgently, it's not a problem. /.../ Maybe if the mentee is a boy, I might tell him that he is more suitable for a department where there is a lot of lifting. (Mentor 4)

We can always cross the line, not only with touching, but also with words, with behaviours that can make the student feel uncomfortable, in distress, or even sexually harassed. (Mentor 2)

All mentees largely agree with mentors on the use of physical touch. They approve of appropriate physical touching that does not evoke feelings of sexual harassment. There are differences in this attitude depending on the gender of the mentee, with

women highlighting gender as a factor influencing the experience of physical touch. Both, however, largely agree that personality has a greater impact on the experience.

It feels right to shake hands when you first meet. Also, if you have done well in an intervention, if you have succeeded in something, you can give a high five or a fist bump. If you are touched on the back or in any way from behind during your time off, which some people do, no, that is not appropriate, permissible touch. (Mentee 2)

It doesn't matter to me whether a man or a woman taps me on the shoulder. (Mentee 8)

However, I think it depends on the person, on how they have been brought up. What the person is like is more important than their gender. (Mentee 4)

Factors influencing the mentor-mentee interpersonal relationship

Both mentors and mentees mentioned personality traits as a factor influencing their interpersonal relationship. These included the individual's situational experience, character, ability to generate interest, sincerity, respect, and expectations.

The most important factors influencing the relationship are certainly the personality and character traits of the individual. (Mentor 2)

Showing what one already knows, and admitting what one does not know. (Mentee 1)

In terms of the relationship, I think the first contact is important, so how the mentor presents themselves. (Mentee 4)

Both mentors and mentees also stressed the importance of setting and respecting certain boundaries, either spontaneously or consciously set, in order to ensure a productive relationship. Some mentors set them individually, others do not adjust them to the individual. They want these boundaries to be set in an appropriate, professional and constructive way, even if this is sometimes challenging.

As far as boundaries are concerned, I think they are already set quite naturally. (Mentor 3)

I think these boundaries are so subjective and individual that they arise mainly from the interpersonal relationship between the mentor and the student. /.../ Where there are challenges, the problem arises of how to set boundaries or how to resolve conflict situations. (Mentor 2)

Through work, you can see if the mentor sometimes acts light-heartedly, if they are not just strictly professional. Based on this, you can also assess where the boundaries are. (Mentee 4)

Both mentors and mentees highlighted the field of clinical practice and the clinical setting itself as factors that influence the interpersonal relationship and the quality of mentoring in terms of interest in the field and in terms of the relationships, working conditions

and working conditions in the clinical setting that mentees enter.

The area of clinical practice is also an important factor, as is the student's motivation and interest in a particular area. /.../ This also depends on the place of clinical practice, on whether it has a reputation for being an interesting and pleasant environment. (Mentor 2)

It also depends on the department and how the people who work there behave. Whether they get along well or not. (Mentee 5)

The time spent building a relationship was also highlighted as a common factor for both mentors and mentees. Mentors wished they had more time to devote to the study process, but they stated they could compensate for this by being well organised. Mentees feel that mentors often do not have enough time for them. Both mentors and mentees feel that they can build a better relationship and learn more through longer clinical placements.

There is enough time if you schedule it properly /.../. The longer the placement, the better the relationship will be, and the more independence and competence the student will gain. (Mentor 2)

It seems to me that the mentors were mostly very busy. They were mostly heads of departments and consequently had no time for me. That's why I was assigned to another nurse to guide and teach me. (Mentee 4)

Some mentees highlighted the number of mentees in the clinical setting as a factor affecting interpersonal relationships. However, one mentor noted that mentees were less able to focus on fulfilling their responsibilities in the department due to the workload assigned to them by the faculty.

In clinical placements where I was the only student, it was mostly possible to achieve the desired relationship. In placements where there were, say, ten of us, or I was in a group, it was not possible. (Mentee 5)

Additional activities and tasks assigned by the faculty, such as nursing dossiers, article analyses, and the like. To some extent, such activities divert the student's attention from the actual activities in the clinical setting. (Mentor 2)

All mentors consider the first contact between the mentor and mentee to be very important. They describe how the dynamics in the department change that day and note that while they are looking forward to the student, they are also aware of the great responsibility that their placement entails. Two mentors pointed out that the interpersonal relationship can also be affected by the daily state of mind or mood of both the mentor and the mentee. One mentor noted that mentees like to know what is expected of them.

I think it's important that students are well received, that they are not just left sitting there all day with no one taking any notice of them. /.../ That the student is informed in advance about what is planned. I can see that they like that a lot. They also ask questions to get a general idea and remove uncertainty. (Mentor 4)

It depends on whether you come to work rested, whether you are tired, how well prepared you are. That's subjective, but of course it affects the relationship to a certain extent. Or whether you would just rather to sit down somewhere and be silent. (Mentor 3)

Discussion

The results of our study as well as those of other studies (Jokelainen, Tossavainen, Jamookeah, & Turunen, 2013; Kaihlanen, Lakanmaa, & Salminen, 2013; Huggins, 2016; Setati & Nkosi, 2017) show that mentors see their role as that of a teacher and supervisor and that they support, encourage and motivate their mentees during clinical practice. In this way, they enable their mentees to undergo appropriate socialisation into their potential work environment. Similar conclusions about the role of the mentor have also been reached in other studies reporting that students see their mentor as someone they can rely on and turn to for knowledge and advice (Kaihlanen et al., 2013; Foster, Ooms, & Marks-Maran, 2015; Babuder, 2016).

The results of our research show that mentees see their role as showing initiative, being actively engaged and demonstrating the knowledge they have acquired, which, according to other studies, mentors also expect of them (Jokelainen et al., 2013; Joubert & de Villiers, 2015; Babuder, 2016; Setati & Nkosi, 2017). Based on the findings of these studies, mentors expect their mentees to show willingness to work and respect the principles of morality, ethics and humanity. They want their mentees to show initiative and eagerness to explore new areas in health care, and they see their role as equally important to a successful mentoring experience (Jokelainen et al., 2013; Babuder, 2016; Setati & Nkosi, 2017). Other studies (Collier, 2018; Brown et al., 2020) also show that mentees cite mentor's backing and support, their interest in mentoring and willingness to include mentees in the daily work process as desirable qualities of mentors. In addition, they also emphasise the need for the mentor to be approachable as a prerequisite for the mentee's active engagement in the process.

In terms of spoken interaction, both mentors and mentees initially prefer addressing each other formally (using the formal 'you' in Slovenian, i.e. *vikanje*). As the mentoring process progresses, both mentors and mentees are willing to switch to a more informal form of communication (using the informal 'you' in Slovenian, i.e. *tikanje*). In another study in this area conducted in Slovenia, Babuder (2016) reports that none of the groups interviewed agreed with mutual informality in spoken interaction, which contrasts with the findings of our study. Our findings also show positive attitudes of mentors and mentees towards appropriate physical touch, such as shaking hands at the first meeting or when a task has been well

done. Female mentees in particular admitted to being cautious about being physically touched by a male mentor due to previous experiences. As indicated by Hill & Laguado (2019), a physical touch is only appropriate if a safe environment has been created in which the person feels comfortable. Before acting, mentors need to assess the appropriateness of their words or touch for a given situation. In a study by Kim et al. (2018), participants pointed out that neither school nor clinical practice had taught them how to prevent or protect themselves from inappropriate physical touch. This indicates that students and staff need additional training in this area.

The results of our study highlight four common key factors for mentors and mentees: personality traits of the mentor and mentee, setting boundaries in the interpersonal relationship, differences in the relationship depending on the domain of clinical practice, and time devoted to building the interpersonal relationship. Other studies highlighting personality traits as a factor in interpersonal relationships (Babuder, 2016; Collier, 2018; Pramila-Savukoski et al., 2020) also note the importance of approachability, self-confidence, enjoyment of work, honesty, openness, mutual respect, caring, accountability and reliability.

The importance of setting boundaries between the mentor and the mentee has also been highlighted by Brown et al. (2020) and Launer (2013). They emphasise the importance of friendliness and collegiality as well as professionalism with clearly defined boundaries. These characteristics include a focus on mentoring and the needs and requirements for a successful process. Establishing clear boundaries and flexible ground rules allow for a clear, harmonious, and cooperative relationship between the mentor and the mentee (Davey, Henshall, & Jackson, 2020).

The conditions of the clinical setting and the specific domain of clinical placement have been identified as factors influencing interpersonal relationships also in other studies (Bisholt, Ohlsson, Engström, Johansson, & Gustafsson, 2014; Setati & Nkosi, 2017). Clinical practice in hospitals has been found important on account of the variety of tasks involved and non-routine work (Bisholt et al., 2014). The atmosphere and spirit of collaboration within the team have also been highlighted, as mentoring is a shared responsibility of the staff. Working conditions and relationships influence mentees' satisfaction and engagement in the work process (Setati & Nkosi, 2017).

An important factor influencing the interpersonal relationship between the mentor and mentee is also the time they spend together. In the literature (Foster et al., 2015; Joubert & de Villiers, 2015; Nowell, Norris, Mrklas, & White, 2017; Setati & Nkosi, 2017), the time factor has been highlighted from different perspectives. Some studies conclude that due to their workload, mentors have too little time to build an adequate relationship with their mentees (Joubert &

de Villiers, 2015). It is important that mentors have enough time for mentoring in order to meet their mentees' expectations in this area (Nowell et al., 2017). If the mentor does not spend enough time with the mentee, it is more difficult to constructively evaluate the mentee's progress or provide feedback on the areas needing improvement (Foster et al., 2015). In addition, the achievement of goals and degree of familiarisation with a specific area of nursing is influenced by the duration of clinical practice, which is usually time-limited (Setati & Nkosi, 2017).

One of the limitations of our study is that its findings are confined to the Slovenian cultural space. In future research, it would be beneficial to include students from other faculties and mentors from the wider Slovenian environment and other professional fields. Recruitment of participants for this study was made difficult due to the situation surrounding the SARS-CoV-19 pandemic.

Our study provides an insight into the mentor-mentee relationship from the perspective of both the mentor and the mentee and identifies obstacles and opportunities to improve the mentoring process (proactivity of the mentee, appropriate duration of the placement, suitable working conditions, etc.). It also highlights some factors (setting boundaries in interpersonal relationships, area of clinical practice, mentee's faculty-allocated workload) to which the participants should pay special attention in order to build a quality relationship and perform their work competently.

Conclusion

In clinical placements, the interpersonal relationship between the mentor and mentee is important to ensure quality education that produces competent nursing professionals. In this process, mentors need to be aware of their duty to impart knowledge, while mentees need to be aware of their duty to actively engage in acquiring knowledge and professional skills they will need in their work. Such an attitude can facilitate appropriate professional socialisation of nursing students grounded in quality care for patients.

We suggest that improvements be made in further research to address the limitations mentioned, e.g. including more participants from different fields of practice. It would also be worthwhile to conduct an in-depth investigation into how the SARS-CoV-19 pandemic has affected interpersonal relationships in clinical practice. We suggest that in-depth qualitative and quantitative research be conducted to examine different factors from several angles and to define the most important ones in more detail. We also recommend conducting research that looks into individual factors (e.g. personality traits, setting boundaries in interpersonal relationships, time spent on building interpersonal relationships) that influence

the interpersonal relationship between the mentor and the mentee respectively. A combined examination of both aspects is too extensive and prevents researchers from gaining a deeper understanding of the phenomenon.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Uvod

Cilj izobraževanja v zdravstveni negi je izobraziti študente tako, da bodo pred vstopom v poklic dosegli potrebno strokovno raven kompetenc (Immonen et al., 2019). Izobraževanje medicinskih sester je temelj usposobljene in kompetentne delovne sile v zdravstveni negi. Velik del tega je zagotavljanje kakovostnih izobraževalnih procesov. Eden od standardov kliničnega poučevanja je, da klinično okolje zagotavlja varno in podporno okolje s primernim številom ustrezno usposobljenega in izkušenega osebja (World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2015). Klinični mentorji imajo zelo pomembno vlogo pri podpori in ocenjevanju študentov zdravstvene nege med praktičnim usposabljanjem. Mentor je pri tem opredeljen kot strokovnjak iz prakse, ki olajša učenje ter nadzoruje in ocenjuje študente v vadbenem okolju (Brown, Jones, & Davies, 2020).

Kompetenten mentor je sposoben vzpostaviti spodbudno klinično učno okolje, olajšati učenje, spremljati napredek študenta, oceniti klinične kompetence študentov in jim podati učinkovite povratne informacije. Med klinično prakso zagotavlja konstruktivne povratne informacije in ne dovoljuje nadaljevanja slabih praks (Immonen et al., 2019). Mentorji za kakovostno opravljanje svoje naloge potrebujejo določene osebnostne lastnosti, stališča, vrednote, motivacijo, vključenost, zadovoljstvo, sposobnost reševanja problemov in predanost svojemu delu (Pramila-Savukoski et al., 2020).

Medtem ko mora mentor študentu pomagati s svojimi bogatimi izkušnjami in praktičnim znanjem, je študentova naloga, da v klinično okolje prinaša nova, sveža znanja in dognanja v zdravstveni negi. Pomembno je tudi, da so mentoriranci sposobni samostojnega razmišljanja, da so zanesljivi, odgovorni in imajo spoštljiv odnos do drugih (Babuder, 2016). Med prakso morajo ne le dokazati teoretično znanje, temveč pokazati tudi izboljšanje lastnih raziskovalnih veščin, kritično razmišljanje, samospoštovanje, samostojno sprejemanje odločitev in učinkovito medosebno komuniciranje (Günay & Kılınç, 2018).

Praksa v kliničnem okolju študente zanima, saj so postavljeni v realno situacijo, s čimer pridobijo dragocene izkušnje. Učenje v klinični praksi lahko poteka le, če se mentoriranci počutijo varne in so v pozitivnem učnem okolju. Za študente je bistveno,

da so videni in slišani, da imajo prilagojeno delovno obremenitev in da imajo občutek, da niso sami pri izvajanju intervencij. Z ustvarjanjem pozitivnega in zaupanja vrednega okolja se lahko mentoriranci učijo in se približajo svoji vlogi bodoče medicinske sestre, s čimer se zmanjša zaskrbljenost glede prihodnosti. Komunikacija med mentorjem in mentorirancem je izrednega pomena za vzpostavitev zaupanja in ustvarjanje vloge delegiranja in vodenja med izobraževanjem v zdravstveni negi (Jeppesen, Christiansen, & Frederiksen, 2017).

Babuder (2016) je v slovenskem kontekstu ugotovil razlike v doživetju medosebnega odnosa med mentorjem in mentorirancem ter njihovih lastnosti in vrlin. Kot ključna dejavnika tega odnosa je prepoznal komunikacijo in medsebojno spoštovanje, medtem ko se je starost izkazala za neodvisen dejavnik. Ugotovil je, da mentorji od mentorirancu pričakujejo spoštljiv odnos in zavedanje njihovih obveznosti v času mentoriranja. Mentoriranci pa izpostavljajo mentorjev čas, organiziranost, dostopnost in kreativnost pri vodenju mentoriranja. Joubert & de Villiers (2015) sta predhodno ugotovila, da so pomembni dejavniki, ki vplivajo na medosebni odnos, razporeditev mentorjev in mentorirancev na posamezna področja, prisotnost in usposobljenost mentorja v kliničnem okolju ter zaupen odnos. Izpostavila sta, da so potrebne spremembe za izboljšanje strukture programa mentorstva. Predhodne raziskave v tej smeri kažejo na vrzel v znanju na področju razumevanja značilnosti in dejavnikov, ki opredeljujejo medosebni odnos med mentorjem in mentorirancem, ter potrebo po podrobnejšem preučevanju (Dobrowolska et al., 2016; Nickitas, Villegas-Pantoja, & Jones, 2016; Nelson et al., 2018), kar je bilo tudi raziskovalno vodilo v tej raziskavi.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil preučiti in raziskati medosebne odnose med mentorji in mentoriranci zdravstvene nege ter ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo nanje. Cilji raziskave je bil ugotoviti, kakšen pomen mentorji in mentoriranci pripisujejo medosebnim odnosom ter kaj vpliva na odnose med mentorjem in mentorirancem. Oblikovani sta bili naslednji raziskovalni vprašanji:

- Kako mentorji in mentoriranci doživljajo njihove medosebne odnose?
- Kateri dejavniki krojijo medosebni odnos med mentorji in mentoriranci?

Metode

Uporabljena sta bila kvalitativna metoda in deskriptivno-interpretativni dizajn. Slednji omogoča, da problem spoznamo z vidika udeleženih posameznikov, torej mentorjev in mentorirancev zdravstvene nege, ter

nam pomaga izluščiti ugotovitve, ki so odraz dejanskih izkušenj (Smythe, 2012).

Opis instrumenta

Vodič po intervjuju in tematski vodič za fokusno skupino sta bila zasnovana po vnaprej pripravljenih vodenih vprašanjih, ki so bila razvita na podlagi ciljev raziskave. Prvi izveden intervju je bil pilotni. Z njim smo preverjali ustreznost vprašalnika, ki je bila skladna z namenom in cilji raziskave.

Intervju za mentorje je obsegal naslednja vodenja vprašanja: Ali ste bili deležni izobraževanja za mentoriranje? Ali se na mentoriranje pripravite? Kako vidite lastno vlogo in vlogo mentorirancu v procesu mentoriranja? Kakšen odnos želite vzpostaviti z mentorirancem? Ali obstajajo dejavniki, ki vplivajo na odnos med vami in mentorirancem? Kako v odnosu z mentorirancem postavite meje v odnosu? Kako v odnosu z mentorirancem doživljate fizični dotik? Ali se vam zdi, da imate dovolj časa za uspešno opravljeno mentoriranje?

Intervju za mentorirance v fokusnih skupinah je obsegal naslednja vodenja vprašanja: Kako vidite lastno vlogo in vlogo mentorja v procesu mentoriranja? Katere lastnosti se vam zdijo potrebne pri dobrem mentorju? Kakšen odnos želite vzpostaviti z mentorjem? Ali obstajajo dejavniki, ki vplivajo na odnos med vami in mentorjem? Kako v odnosu z mentorjem vidite medosebne meje v odnosu? Kako v odnosu z mentorjem doživljate fizični dotik? Ali menite, da si mentorji za vas vzamejo dovolj časa?

Opis vzorca

Uporabljen je bil namenski vzorec diplomiranih medicinskih sester, ki so mentorice študentom na kliničnih usposabljanjih, ter študentov dodiplomskega študija zdravstvene nege z dveh zdravstvenih fakultet v Sloveniji. Za razumevanje medosebnih odnosov v procesu kliničnega usposabljanja z vidika mentorjev smo vključili dve diplomirani medicinski sestri in dva diplomirana zdravstvenika, ki so mentorji v različnih kliničnih okoljih in na različnih ravneh zdravstva. Povprečna delovna doba, ki so jo kot mentorji preživeli v kliničnem okolju, je 11,5 leta. Dva sta bila deležna izobraževanja za mentorje, dva pa se izobraževanja nista udeležila. Za mentorstvo so se odločili zaradi notranje želje po predajanju znanja, kar vidijo tudi kot svojo delovno obvezo in dolžnost do prihajajočega kadra. Za razumevanje medosebnih odnosov z vidika mentorirancev smo v raziskavo vključili osem študentov dodiplomskega študija zdravstvene nege, štiri ženske in štiri moške. Ena sodelujoča je obiskovala prvi letnik, pet jih je obiskovalo drugi letnik in dva tretji letnik. Vsi so že opravili vsaj eno klinično usposabljanje.

Izvedeni so bili štirje individualni intervjuji z mentorji in dve fokusni skupini, pri čemer so v vsaki

sodelovali štirje študenti. Zasičenost podatkov smo zasledili že po dveh individualnih intervjujih in obeh fokusnih skupinah. Značilno je, da ta nastopi, ko novopridobljeni podatki ne prispevajo več k dodatnemu pojasnjevanju kategorij (Vogrinc, 2008). Kljub temu so se avtorji odločili, da z zbiranjem podatkov nadaljujejo, dokler ne dosežejo visoke stopnje nasičenosti opisa preučevanega fenomena.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Sodelujoči so bili povabljeni k sodelovanju v raziskavi po osebnih poznanstvih in nadalje po metodi snežne kepe. Podatke smo zbrali na vzorcu mentorjev z individualnimi, delno strukturiranimi intervjuji in na vzorcu mentorirancev s fokusnim intervjujem. Pred intervjujem smo jim razložili namene in cilje raziskave ter se glede na njihovo razpoložljivost prilagodili za termin intervjuja in fokusnih skupin. Zaradi upoštevanja etičnih načel raziskovanja so vsi sodelujoči pred izvedbo intervjujev in fokusnih skupin podpisali t. i. informirano soglasje za sodelovanje v raziskavi, v katerem so bili obrazloženi nameni in cilji raziskave, potek, tveganja in koristi, predvideno trajanje intervjuja, zaupnost podatkov in prostovoljno sodelovanje ter možnost prekinitve intervjuja na kateri koli točki. Pred pričetkom intervjujev smo jih ponovno obvestili o snemanju pogovora.

Raziskavo smo izvedli decembra 2021. Po končanih srečanjih smo izvedli transkripcijo posnetkov, pri čemer so izjave udeležencev slovnično popravljene, a so vsebinsko ostale nespremenjene. Sledilo je večkratno branje z ustvarjanjem zaznamkov, pomembnih za raziskavo. Za obdelavo podatkov smo uporabili metodo analize vsebine po Yinu (2010): (1) sestavljanje besedila; (2) razstavljanje besedila – kodiranje; (3) sestavljanje besedila – združevanje v večje pomenske enote; (4) interpretacija rezultatov; (5) konceptualizacija preučevanega fenomena. Zagotovljena je bila triangulacija podatkov s pregledano literaturo, izvedenimi individualnimi intervjuji z mentorji in fokusnimi skupinami z mentoriranci. Poleg tega je bila zagotovljena tudi triangulacija raziskovalcev, saj je bila vsebina pregledana in usklajena s strani treh raziskovalcev ter sprejet končni vsebinski koncept. To je omogočilo verodostojnost podatkov in boljše razumevanje preučevanega fenomena.

Rezultati

Tako pri mentorjih kot pri mentorirancih smo identificirali osrednjo temo, ki smo jo poimenovali »medosebni odnos mentor – mentoriranec«. Razdeljena je bila na dve podtemi: »značilnosti medosebnega odnosa mentor – mentoriranec« in »dejavniki medosebnega odnosa mentor – mentoriranec«. Tematski koncept prikazuje Tabela 1.

Značilnosti medosebnega odnosa med mentorjem in mentorirancem

V nadaljevanju predstavljamo tako mentorjev kot mentorirancev vidik glede značilnosti njunega odnosa. Izpostavljene so ugotovitve o njunih osebnih stališčih o mentoriranju, vlogi mentorja, vlogi mentoriranca in ostalih ključnih elementih podteme »značilnosti medosebnega odnosa mentor – mentoriranec«.

Vsi mentorji so svojo vlogo opredelili kot predajanje znanja, spoznavanje študenta z določenim področjem, spodbujanje in oporo študentu in reševanje morebitnih konfliktov znotraj mentoriranja.

Svojo vlogo vidim v tem, da študentu poskušam približati vidik, kako je to v praksi. Da začuti, kakšno je to okolje in kakšna je dinamika dela. (Mentor 1)

Cilj je, da ga spoznam s tem področjem, mu nudim oporo, znam opazovati njegova čustva, pričakovanja, motivacijo, stiske, ki jih ima. Moja vloga kliničnega mentorja je, da vedno poiščem priložnosti, kjer ga vključim. Kadar odnos ni produktiven, je napet ali celo neprofesionalen, takrat moramo mi kot klinični mentorji prevzeti soodgovornost. (Mentor 2)

Mentorji vlogo mentoriranca vidijo kot enako pomembno pri uspešnem medosebnem odnosu v procesu mentoriranja. Zato imajo mentorji določena pričakovanja do mentorirancev, kot so želja do dela in učenja, spoznavanje področja in samoiniciativnost.

Pomembna je ta pripravljenost, življenjska naravnost do dela. Študent mora biti z enim občutkom, da se primerno obnaša. (Mentor 3)

Vlogo študenta vidim v tem, da uživajo, si želijo znanja, raziskujejo, veliko sprašujejo. (Mentor 4)

Ni potrebno, da so navdušeni, da neprestano nekaj sprašujejo. /.../ Da je samoiniciativen. Tako je tudi vloga med mentorjem in mentorirancem interaktivna, je bolj produktivna in oba imata v tem odnosu več od tega. (Mentor 2)

Mentoriranci vlogo mentorja vidijo kot vodilno vlogo. Doživljajo ga kot nekoga, ki vodi učni proces, in kot nekoga, na katerega lahko računajo. Mnenja so bila deljena glede tega, ali mora biti mentor ves čas ob mentorirancu ali ne. Svojo vlogo pa mentoriranci vidijo v tem, da se dejavno vključujejo v proces, pokažejo zanimanje in pripravljenost do dela. Želijo si, da se mentorji zavzamejo zanje, da jim niso zgolj v breme, jim zaupajo in jih sprejmejo medse.

Mislim, da mora vodilno vlogo prevzeti mentor, on mora biti tisti, ki ti da delo, ki ti razkaže oddelek, ker je on tisti, na katerega se lahko zanesesh, on te uči novih stvari. (Mentoriranec 5)

Vlogo kot študent vidim v tem, da se potrudim in se vključujem v sam proces, ko sem na vajah, in da pokažem neko zanimanje, da pridem pripravljena. (Mentoriranec 4)

Meni je pomembno, koliko se zavzame in zaupa vate. (Mentoriranec 7)

Mentoriranci upoštevajo osnovna načela bontona

Tabela 1: Shematični prikaz tem, podtem ter kod mentorjev in mentorirancev

<i>Tema</i>	<i>Podteme</i>	<i>Kode</i>	<i>Kode</i>	<i>Podteme</i>	<i>Tema</i>
<i>Vidik mentorirancev</i>					
Medosebni odnos mentor – mentoriranec	Značilnosti medosebnega odnosa mentor – mentoriranec	<i>Vidik mentorjev</i>			
		Osebnostna stališča o mentoriranju	Stališča do priprave na mentorsko vlogo	Značilnosti medosebnega odnosa mentor – mentoriranec	Medosebni odnos mentor – mentoriranec
		Mentoriranečev vidik vloge mentorja	Mentorjev vidik vloge mentorja		
		Mentoriranečev vidik vloge mentoriranja	Mentorjev vidik vloge mentoriranja		
		Želene lastnosti mentorja	Pričakovanja v medosebnem odnosu		
		Želen medosebni odnos	Ovire mentorja pri mentoriranju		
		Komunikacija znotraj medosebnega odnosa	Komunikacija znotraj medosebnega odnosa		
		Odnos do fizičnega dotika v medosebnem odnosu	Odnos do fizičnega dotika v medosebnem odnosu		
		Doživljanje in izkušnje mentoriranja v praksi	Razlogi za nezadovoljstvo mentorirancev s kliničnim usposabljanjem		
			Reševanje konfliktov v medosebnem odnosu		
			Dejansko in želeno izobraževanje mentorjev		
			Sodelovanje s fakulteto pri organizaciji kliničnega usposabljanja za mentorirance		
			Osebnostne lastnosti mentorja in mentoriranja	Dejavniki medosebnega odnosa mentor – mentoriranec	
Dejavniki medosebnega odnosa mentor – mentoriranec		Postavljanje mej v medosebnem odnosu	Postavljanje mej v medosebnem odnosu		
		Čas, namenjen vzpostavljanju medosebnega odnosa	Čas, namenjen vzpostavljanju medosebnega odnosa		
		Razlike v odnosu glede na področje kliničnega usposabljanja	Razlike v odnosu glede na področje kliničnega usposabljanja		
		Samoiniciativnost mentoriranja v kliničnem okolju	Obremenitve mentoriranja s strani fakultete		
		Število mentorirancev na mentorja v kliničnem okolju	Vpliv delovnega okolja na mentorski proces		
			Vpliv »dobrega« in »slabega dne« mentorja in mentoriranja		
			Prvi stik mentorja z mentorirancem		
			Vloga spola v mentorskem odnosu		
			Pričakovanja mentoriranja		

in mentorje vikajo, dokler jim ti ne rečejo drugače. Menijo, da s tem izkazujejo osnovno spoštovanje in upoštevajo nadrejeno vlogo mentorja.

Na začetku mentorja vedno vikam, tikati ga začnem samo, če mi on tako reče. Če mi nič ne reče, ga celo prakso vikam. /.../ Ne moreš nadrejenega tikati, če ti drugače ne reče. (Mentoriranec 8)

Mentorji so večinoma povedali, da dajejo na začetku odnosa v govorni komunikaciji prednost vikanju. Pozneje se v procesu mentoriranja na podlagi razvitega odnosa z mentorirancem mnogi odločijo za tikanje, če mentorirancu to ustreza. Sicer pa vsi menijo, da je to individualna odločitev vsakega mentorja na podlagi odnosa.

Ni to neko pravilo, vsak mentor se po svoje odloči. Jaz opažam, da se mi zdi vikanje boljše. Odvisno tudi od študenta. Proti koncu rečem, /.../ lahko se tudi tikava. (Mentor 3)

V okviru neverbalne komunikacije mentorji zagovarjajo uporabo primerne fizičnega dotika z vidika rokovanja ob prvem stiku, izkazovanja pohval, pritegnitve pozornosti, izvajanja intervencij v zdravstveni negi. Zaradi pandemije virusa SARS-Cov-19 se je dojemanje dotika še dodatno spremenilo; meja primerne in zaželenega je še bolj zabrisana. Mentorji se strinjajo, da je kakršen koli neprimeren dotik, odnos, ki bi se ga lahko interpretiralo kot spolno nadlegovanje, nedopusten. Med dejavniki omejevanja fizičnega stika ni bil izpostavljen spol, temveč osebnostne lastnosti mentoriranca ter njegovo dojemanje in sprejemanje fizičnega dotika. Eden izmed mentorjev je izpostavil, da spol igra vlogo v odnosu, vendar le zaradi bioloških razlik med spoli.

V zadnjih dveh letih je s tem dotikom tako čudno. /.../ Rad se dotaknem, ko se rokujem, ali pa, ko nekoga potrepjam po rami, ko ga želim samo nekaj zmotiti, opomniti, ko razlagam, nujno nekaj rabim, to ni problem. /.../ Morda, če je na praksi fant, mu rečem, da je bolj primeren za nek oddelek, kjer je veliko dvigovanja. (Mentor 4)

Vedno lahko prestopimo mejo, pa ne samo z dotikom, tudi z besedami, odnosom, ko se študent lahko počuti neprijetno, v stiski, če ne celo spolno nadlegovan. (Mentor 2)

Mentoriranci se glede fizičnega dotika v veliki meri strinjajo z mentorji. Naklonjeni so primernemu fizičnemu dotiku, ki ne vzbuja občutkov spolnega nadlegovanja. Pri tem prihaja do razlik v pojmovanju glede na spol mentorirancev, saj ženske spol izpostavljajo kot dejavnik, ki vpliva na doživljanje fizičnega dotika. Oboji pa se večinoma strinjajo, da na doživljanje bolj vpliva osebnost.

Zdi se mi prav, da ob srečanju daš roko v pozdrav. Tudi ob dobro opravljeni intervenciji, ko ti nekaj uspe, lahko narediš petko ali kepico. Če se te v prostem času dotika po hrbtu ali kakor koli od zadaj, kar nekateri delajo, ne, to ni pravilen, dovoljen dotik. (Mentoriranec 2)

Meni ni isto, ali mi moški ali ženska potreplja ramo. (Mentoriranec 8)

Sama vseeno mislim, da je odvisno od same osebe, kako je ona naučena. Bolj kot spol je pomembno, kakšna je oseba. (Mentoriranec 4)

Dejavniki medosebnega odnosa mentor – mentoriranec

Tako mentorji kot mentoriranci so kot dejavniki, ki vpliva na njihov medosebni odnos, identificirali osebnostnelastnosti. Mednje so uvrstili posameznikovo doživljanje situacij, karakter, sposobnost spodbujanja zanimanja, iskrenost, spoštljivost in pričakovanja posameznika.

Glavni dejavniki, ki vplivajo na odnos, so zagotovo osebnostne in karakterne lastnosti posameznika. (Mentor 2).

Da pokažeš, da nekaj že znaš, kar ne znaš, pa da priznaš. (Mentoriranec 1)

Od odnosa se mi zdi pomemben prvi pristop, kako mentor sebe predstavi. (Mentoriranec 4)

Oboji so pri zagotavljanju produktivnega odnosa izpostavili tudi pomembnost postavljanja in upoštevavanja določenih mej, ki so ali spontano ali namerno postavljene. Nekateri mentorji jih postavljajo individualno, drugi jih ne prilagajajo posamezniku. Želijo si, da so te meje postavljene na primeren, strokoven in konstruktiven način, čeprav je to včasih zahtevno.

Za meje mislim, da so že kar naravno postavljene. (Mentor 3)

Mislim, da so te meje tako subjektivne in individualne, da izhajajo predvsem iz tega, kakšen medosebni odnos imata mentor in študent. /.../ Tam, kjer so težave, pa nastopi problem, na kakšen način postaviti meje oziroma kako rešiti konfliktno situacijo. (Mentor 2)

Skozi delo pa vidiš, ali se malo poheca, da recimo ni striktno strokoven. Na podlagi tega se potem lahko oceni tudi, kakšne so meje. (Mentoriranec 4)

Tako mentorji kot mentoriranci so kot dejavnika, ki vplivata na medosebni odnos in kakovost mentoriranja, izpostavili področje kliničnega usposabljanja in samo klinično okolje – z vidika interesa za posamezno področje in glede na to, kakšni so odnosi, razmere in pogoji za delo v kliničnem okolju, kamor prihajajo mentoriranci.

Zagotovo je dejavnik tudi področje kliničnega usposabljanja, motivacija, koliko študenta neko področje zanima. /.../ Tudi kakšna je posamezna učna baza, ali slovi po tem, da je tam zanimivo in prijetno opravljati klinično usposabljanje. (Mentor 2)

Odvisno tudi od oddelka, kako se ljudje na oddelku obnašajo. Ali se dobro razumejo ali ne. (Mentoriranec 5)

Kot skupen dejavnik je bil pri mentorjih in mentorirancih izpostavljen tudi čas, namenjen vzpostavljanju medosebnega odnosa. Mentorji si želijo,

da bi za študijski proces imeli več časa, vendar lahko to kompenzirajo s pravilno organizacijo. Mentoriranci menijo, da mentorji pogosto nimajo dovolj časa zanje. Tako mentorji kot mentoriranci menijo, da lahko z daljšim kliničnim usposabljanjem vzpostavijo boljše odnose in se več naučijo.

Časa je dovolj, če si ga pravilno razporediš /.../. Daljša kot je praksa, boljši odnos se bo razvil, študent bo pridobil več samostojnosti, kompetenc. (Mentor 2)

Meni se zdi, da so bili mentorji večinoma zelo zaposleni. Bili so večinoma vodje oddelka in posledično zame niso imeli časa. Zato me je dal drugi sestri, naj me ona vodi in uči. (Mentoriraneec 4)

Nekateri mentoriranci so med dejavniki, ki vplivajo na medosebni odnos, izpostavili število mentorirancev v kliničnem okolju. Eden izmed mentorjev pa je opozoril, da se zaradi določenih obremenitev s strani fakultete zmanjšuje osredotočenost mentorirancev na opravljanje nalog na oddelku.

Na praksah, kjer sem bil sam, se je večinoma dalo doseči želen odnos. Na praksah, kjer nas je bilo pa recimo po deset oziroma smo bili v skupini, pa to ni bilo izvedljivo. (Mentoriraneec 5)

Dodatne aktivnosti in obremenitve s strani fakultete, kot so negovalne dokumentacije, analize člankov in podobno. Te dejavnosti v določen delu študentu odvrnejo pozornost od samih aktivnosti v kliničnem okolju. (Mentor 2)

Prvi stik mentorja z mentorirancem se zdi vsem mentorjem zelo pomemben. Opisujejo, kako se dinamika na oddelku tisti dan spremeni in kako se hkrati veselijo študenta, a se tudi zavedajo velike odgovornosti. Dva izmed mentorjev sta izpostavila, da na medosebni odnos lahko vpliva tudi dnevna forma v smislu počutja tako mentorja kot mentoriranca. Eden izmed mentorjev je opazil, da mentoriranci radi vedo, kaj se od njih pričakuje.

Zdi se mi pomembno, da so študentje lepo sprejeti, ne da potem on cel dan tam sedi in ga nihče ne pogleda. /.../ Da je študent ozaveščen vnaprej, kaj se bo dogajalo. To vidim, da imajo zelo radi, tudi sprašujejo, da si ustvarijo sliko in se razbremenijo negotovosti. (Mentor 4)

A si ti spočit prišel v službo, ali si utrujen, kakšna je tvoja pripravljenost. To subjektivno, ki seveda v določeni meri vpliva na odnos. Ali se raje nekam usedeš, da si v tišini. (Mentor 3)

Diskusija

Rezultati tako v naši kot v drugih raziskavah (Jokelainen, Tossavainen, Jamookeah, & Turunen, 2013; Kaihlanen, Lakanmaa, & Salminen, 2013; Huggins, 2016; Setati & Nkosi, 2017) so pokazali, da mentorji svojo vlogo vidijo kot vlogo učitelja, supervizorja in da so mentorirancu med kliničnim usposabljanjem v oporo, ga spodbujajo in motivirajo. S tem mu omogočijo, da se v potencialnem delovnem

okolju primerno socializira. Podobne ugotovitve o vlogi mentorja so bile izpostavljene tudi pri drugih raziskavah, v katerih so navajali, da študenti mentorja vidijo kot nekoga, na kogar se lahko zanesejo, se obrnejo nanj po znanje in nasvet (Kaihlanen et al., 2013; Foster, Ooms, & Marks-Maran, 2015; Babuder, 2016).

Rezultati naše raziskave so pokazali, da mentoriranci svojo vlogo vidijo v tem, da se samoiniciativno vključujejo in pokažejo pridobljeno znanje, kar od njih v drugih raziskavah pričakujejo tudi mentorji (Jokelainen et al., 2013; Joubert & de Villiers, 2015; Babuder, 2016; Setati & Nkosi, 2017). Ugotovili so, da mentorji od mentorirancev pričakujejo, da bodo pokazali pripravljenost do dela, načela moralnosti, etičnosti in humanosti. Želijo si, da so mentoriranci samoiniciativni in si želijo raziskati nova področja v zdravstvu, saj njihovo vlogo dojemajo kot enako pomembno za uspešno izpeljano mentoriranje (Jokelainen et al., 2013; Babuder, 2016; Setati & Nkosi, 2017). Tudi v drugih raziskavah (Collier, 2018; Brown et al., 2020) so mentoriranci kot želene lastnosti navedli mentorjevo zagovorništvo mentoriranja, izkazovanje interesa mentorjev do mentoriranja in vključevanje v dnevni delovni proces. Poleg tega so izpostavili tudi, da mora biti mentor dostopen, saj je to pogoj za dejavno sodelovanje mentoriranja.

Z vidika govorne komunikacije dajejo tako mentorji kot mentoriranci na začetku prednost vikanju. V poznejšem procesu mentoriranja so oboji pripravljeni na prehod na tikanje. Babuder (2016) je v svoji raziskavi, ki je bila prav tako izvedena v Sloveniji, navedel, da medsebojnega pogovornega tikanja ne odobrava nihče izmed intervjuvanih skupin, kar je v nasprotju z ugotovitvami naše raziskave. Naši izsledki so pokazali tudi pozitiven odnos mentorjev in mentorirancev do primerne fizičnega dotika, kot je na primer rokovanje ob prvem srečanju ali dobro opravljene naloge. Predvsem mentoriranke so priznale, da so zaradi preteklih izkušenj bolj previdne, ko fizični dotik izvaja mentor moškega spola. Hill & Laguado (2019) sta v raziskavi izpostavila, da je treba za primeren fizični dotik ustvariti varno okolje, v katerem se posameznik počuti lagodno. Mentorji morajo pred dejanjem oceniti primernost besede oziroma dotika za dano situacijo. V raziskavi, ki so jo izvedli Kim et al. (2018), so sodelujoči izpostavili, da jih niti na šoli niti na klinični praksi niso naučili, kako preprečiti neprimerne fizične dotike oziroma kako se obvarovati pred njimi. To kaže na potrebo po dodatnem izobraževanju študentov in zaposlenih na tem področju.

Rezultati naše raziskave so tako za mentorje kot za mentorirance izpostavili štiri ključne skupne dejavnike: osebnostne lastnosti mentorja in mentoriranja, postavljanje mej v medosebnem odnosu, razlike v odnosu glede na področje kliničnega usposabljanja in čas, namenjen vzpostavljanju medosebnega odnosa.

V raziskavah (Babuder, 2016; Collier, 2018; Pramila-Savukoski et al., 2020), ki so kot dejavnik medosebnega odnosa izpostavili osebnostne lastnosti, so dodatno ugotovili pomen dostopnosti, samozavesti, veselja do dela, poštenosti, odprtosti, odkritosti, vzajemnega spoštovanja, skrbnosti, odgovornosti in zanesljivosti.

Tudi Brown et al. (2020) ter Launer (2013) so izpostavili pomembnost postavljanja mej med mentorjem in mentorirancem. Ugotovili so pomen prijaznosti in kolegialnosti ter istočasne strokovnosti z jasno postavljenimi mejami. Te vključujejo osredotočenost na mentoriranje ter potrebe in zahteve za uspešen proces. Postavitev jasnih mej in prilagodljivih osnovnih pravil omogoča jasen, usklajen in partnerski odnos med mentorjem in mentorirancem (Davey, Henshall, & Jackson, 2020).

Podobno so tudi druge raziskave (Bisholt, Ohlsson, Engström, Johansson, & Gustafsson, 2014; Setati & Nkosi, 2017) kot dejavnik medosebnega odnosa izpostavile pogoje in področje kliničnega okolja. Prav klinične vaje v bolnišnicah so bile zaradi razgibanosti nalog in nerutinskega dela ocenjene kot pomembne (Bisholt et al., 2014). Izpostavljena sta tudi vzdušje in sodelovanje znotraj tima, saj je mentorstvo skupna odgovornost osebja. Delovni pogoji in odnosi vplivajo na zadovoljstvo in vključevanje mentorirancev v proces dela (Setati & Nkosi, 2017).

Pomemben dejavnik medosebnega odnosa je tudi skupno preživet čas mentorja in mentoriranca. V raziskavah (Foster et al., 2015; Joubert & de Villiers, 2015; Nowell, Norris, Mrklas, & White, 2017; Setati & Nkosi, 2017) so dejavnik časa izpostavili z različnih vidikov. Nekateri so ugotovili, da ga imajo mentorji zaradi obsega dela premalo za vzpostavitev primerne odnosa (Joubert & de Villiers, 2015). Pomembno je, da ima mentor dovolj časa za mentorske obveznosti, da bo izpolnjeval pričakovanja mentoriranca na tem področju (Nowell et al., 2017). Če mentor z mentorirancem ne preživi dovolj časa, težje konstruktivno oceni njegov napredek oziroma poda povratno informacijo o možnostih za izboljšanje (Foster et al., 2015). Poleg tega na doseganje ciljev in spoznavanje posameznega področja vpliva tudi dolžina vaj, ki je običajno časovno omejena (Setati & Nkosi, 2017).

Omejitve naše raziskave lahko pojasnimo glede na kulturno omejenost naših rezultatov na slovenski prostor. V raziskavo je smiselno vključiti tudi študente drugih fakultet in mentorje iz širšega slovenskega okolja in delovnih področji. Zaradi trenutnih razmer epidemije SARS-CoV-19 je bilo pridobivanje sodelujočih za raziskavo oteženo.

Z našo raziskavo smo omogočili vpogled v odnos tako z vidika mentorja kot mentoriranca ter prikaz ovir in priložnosti za izboljšave procesa mentoriranja (proaktivnost mentoriranca, ustrezna dolžina vaj, primerni delovni pogoji itd.). Izpostavili smo tudi nekaj dejavnikov (meje v medosebnem odnosu,

področje kliničnega usposabljanja, obremenitve mentoriranca s strani fakultete), na katere morajo biti vključeni pozorni pri gradnji kakovostnega odnosa in kompetentnem opravljanju dela.

Zaključek

Medosebni odnos med mentorjem in mentorirancem je v procesu kliničnega usposabljanja pomemben za vzpostavitev kakovostnega izobraževanja, ki pozneje vodi do kompetentnih strokovnjakov na področju zdravstvene nege. Mentorji se morajo v samem procesu zavedati svoje dolžnosti pri prenašanju znanja, mentoriranci pa svoje obveze do dejavnega sodelovanja pri pridobivanju znanja in strokovnih kompetenc za svoje delo. Le takšen odnos omogoča primerno profesionalno socializacijo študentov v zdravstveni negi, katere temelj je kakovostna skrb za paciente.

V nadaljnjih raziskavah priporočamo implementacijo izboljšav, ki bi odpravile prej omenjene omejitve, kot so vključevanje večjega števila sodelujočih z več različnih področij prakse. Smiselno bi bilo poglobljeno raziskati tudi, kako je epidemija covid-19 vplivala na medosebne odnose med klinično prakso. Predlagamo poglobljene kvalitativne in kvantitativne raziskave, saj te izpostavijo različne dejavnike z več zornih kotov in najbolj pomembne tudi podrobneje opredelijo. Predlagamo tudi raziskave, ki bi posamezne dejavnike (npr. osebnostne lastnosti, postavljanje mej v medosebnem odnosu, čas, namenjen vzpostavljanju medosebnega odnosa), ki vplivajo na medosebni odnos med mentorjem in mentorirancem, obravnavale individualno. Skupna obravnava je namreč preobsežna in onemogoča poglobljeno razumevanje.

Acknowledgements/Zahvala

The authors would like to thank the participants in the study for their time and important contribution to our work./Avtorji se sodelujočim v raziskavi zahvaljujemo za njihov čas in pomemben prispevek k našemu delu.

Conflict of interest/Nasprotje interesov

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

Financiranje/Funding

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

Ethical approval/Etika raziskovanja

The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical

Association, 2013)./Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013).

Author contributions/Prispevek avtorjev

The first three authors were involved in all parts of the study, i.e. in its design, data collection, analysis and interpretation of the data, as well as in the drafting, critical revision and final approval of the paper. The last author was also involved in the interpretation of the data. The last two authors collaborated with other authors in the conception and design of the study, as well as in the critical review and final approval of the paper./Prvi trije avtorji so sodelovali v vseh delih poteka raziskave: pri zasnovi, pridobivanju, analizi dela in interpretaciji podatkov ter tudi pri pripravi, kritičnem pregledu in končni odobritvi prispevka. Pri interpretaciji podatkov je sodeloval tudi zadnji avtor. Zadnja dva avtorja sta z drugimi avtorji sodelovala pri zasnovi in oblikovanju dela ter kritičnem pregledu in končni odobritvi prispevka.

Literature

- Babuder, D. (2016). Lastnosti mentorja in mentoriranja z njunih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), 327–335.
<https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.4.95>
- Bisholt, B., Ohlsson, U., Engström, A. K., Johansson, A. S., & Gustafsson, M. (2014). Nursing students' assessment of the learning environment in different clinical settings. *Nurse Education in Practice*, 14(3), 304–310.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.11.005>
PMid:24355802
- Brown, P., Jones, A., & Davies, J. (2020). Shall I tell my mentor: Exploring the mentor-student relationship and its impact on students' raising concerns on clinical placement. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17/18), 3298–3310.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15356>
PMid:32478450
- Collier, A. D. (2018). Characteristics of an effective nursing clinical instructor: The state of the science. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1/2), 363–374.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13931>
PMid:28618100
- Davey, Z., Henshall, C., & Jackson, D. (2020). The value of nurse mentoring relationships: Lessons learnt from a work-based resilience enhancement programme for nurses working in the forensic setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 992–1001.
<https://doi.org/10.1111/inm.12739>
PMid:32536021
- Dobrowolska, B., McGonagle, I., Kane, R., Jackson, C. S., Kegl, B., Bergin, M. ... Palese, A. (2016). Patterns of clinical mentorship in undergraduate nurse education: A comparative case analysis of eleven EU and non-EU countries. *Nurse Education Today*, 36, 44–52.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.010>
PMid:26254673
- Foster, H., Ooms, A., & Marks-Maran, D. (2015). Nursing students' expectations and experiences of mentorship. *Nurse Education Today*, 35(1), 18–24.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.019>
PMid:24835000
- Günay, U., & Kılınç, G. (2018). The transfer of theoretical knowledge to clinical practice by nursing students and the difficulties they experience: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 65, 81–86.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.031>
PMid:29547811
- Hill, L. G., & Laguado, S. A. (2019). Guidance for male mentors to support the safety and success of female mentees. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 83(10), Article 7533.
<https://doi.org/10.5688/ajpe7533>
PMid:32001886; PMCID:PMC6983898
- Huggins, D. (2016). Enhancing nursing students' education by coaching mentors. *Nursing Management*, 23(1), 30–32.
<https://doi.org/10.7748/nm.23.1.30.s28>
PMid:27032286
- Immonen, K., Oikarainen, A., Tomietto, M., Kääriäinen, M., Tuomikoski, A.-M., Kaučič, B. M. ... Mikkonen, K. (2019). Assessment of nursing students' competence in clinical practice: A systematic review of reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 100, Article 103414.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103414>
PMid:31655385
- Jeppesen, K. H., Christiansen, S., & Frederiksen, K. (2017). Education of student nurses: A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 55, 112–121.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.05.005>
PMid:28575708
- Jokelainen, M., Tossavainen, K., Jamookeah, D., & Turunen, H. (2013). Seamless and committed collaboration as an essential factor in effective mentorship for nursing students: Conceptions of Finnish and British mentors. *Nurse Education Today*, 33(5), 437–443.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.017>
PMid:22608827
- Joubert, A., & de Villiers, J. (2015). The learning experiences of mentees and mentors in a nursing school's mentoring programme. *Curationis*, 38(1), Article a1145.
<https://doi.org/10.4102/curationis.v38i1.1145>
PMid:26016816; PMCID:PMC6091808

- Kaihlanen, A.-M., Lakanmaa, R.-L., & Salminen, L. (2013). The transition from nursing student to registered nurse: The mentor's possibilities to act as a supporter. *Nurse Education in Practice*, 13(5), 418–422.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.01.001>
PMid:23415959
- Kim, M., Kim, T., Tilley, D. S., Kapusta, A., Allen, D., & Cho, H. S. M. (2018). Nursing students' experience of sexual harassment during clinical practicum: A phenomenological approach. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 24(4), 379–391.
<https://doi.org/10.4069/kjwhn.2018.24.4.379>
- Launer, J. (2013). Supervision, Mentoring and coaching. In T. Swanwick (Ed.), *Understanding medical education: Evidence, theory and practice, second edition* (pp. 111–122). The Association for the Study of Medical Education.
<https://doi.org/10.1002/9781118472361.ch8>
- Nelson, N., Lim, F., Navarra, A.-M., Rodriguez, K., Witkoski Stimpfel, A., & Slater, L. Z. (2018). Faculty and student perspectives on mentorship in a Nursing Honors Program. *Nursing Education Perspectives*, 39(1), 29–31.
<https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000197>
PMid:29053526
- Nickitas, D. M. C., Villegas-Pantoja, M. A., & Jones, S. (2016). *What is the relationship between mentors' qualities and mentees successful progression in a Nursing PhD program?* Retrieved March 3, 2022 from <https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/621138>
- Nowell, L., Norris, J. M., Mrklas, K., & White, D. E. (2017). A literature review of mentorship programs in academic nursing. *Journal of Professional Nursing*, 33(5), 334–344.
<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.02.007>
PMid:28931480
- Pramila-Savukoski, S., Juntunen, J., Tuomikoski, A.-M., Kääriäinen, M., Tomietto, M., Kaučič, B. M. ... Mikkonen, K. (2020). Mentors' self-assessed competence in mentoring nursing students in clinical practice: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5/6), 684–705.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15127>
PMid:31794105
- Setati, C. M., & Nkosi, Z. Z. (2017). The perceptions of professional nurses on student mentorship in clinical areas: A study in Polokwane municipality hospitals, Limpopo province. *Health SA Gesondheid*, 22, 130–137.
<https://doi.org/10.1016/j.hsag.2017.01.008>
- Smythe, L. (2012). Discerning which qualitative approach fits best. *New Zealand College of Midwives Journal*, 46, 5–12. Retrieved December 20, 2021 from <https://www.thefreelibrary.com/Discerning+which+qualitative+approach+fits+best.-a0345073080>
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju* (p. 18). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.
- 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
- World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2015). *A guide to nursing and midwifery education standards*. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Retrieved December 17, 2021 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/195726>
- Yin, K. R. (2010). *Qualitative research from start to finish* (p. 177). New York: The Guilford press.

Cite as/Citirajte kot:

Nastran, A., Praprotnik, D., Renko, J., Ličen, S., & Prosen, M. (2023). Interpersonal relationship between the mentor and mentee in clinical nursing practice: A qualitative study. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(1), 8–23. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.1.3160>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Odnos in pripravljenost zaposlenih v zdravstveni negi za oskrbo pacientov s HIV/AIDS-om: opisna raziskava

Attitude and willingness of nursing staff to care for patients with HIV/AIDS: A descriptive research

Ana Plahuta^{1, *}, Sanja Skrt¹, Julija Jazbec², Sabina Ličen³

Ključne besede: spolno prenosljive bolezni; infekcije; virus humane imunске pomanjkljivosti; sindrom pridobljene imunске pomanjkljivosti; medicinske sestre

Key words: sexually transmitted diseases; infections; Human Immunodeficiency Virus; Acquired Immune Deficiency Syndrome; nurses

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

² Splošna bolnišnica Izola, Polje 40, 6310 Izola, Slovenija

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

* Korespondenčni avtor/
Corresponding author:
anaplahuta.5@gmail.com



IZVLEČEK

Uvod: Medicinske sestre predstavljajo rizični del prebivalstva, saj se neposredno srečujejo s telesnimi tekočinami pacientov, okuženih z virusom HIV ali obolelimi z AIDS-om. Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšen je profesionalni in afektivni odnos zaposlenih v zdravstveni negi do pacientov, okuženih z virusom HIV ali obolelih z AIDS-om.

Metode: V opisni neeksperimentalni kvantitativni raziskavi je bil uporabljen v slovenščino preveden vprašalnik Lestvica odnosa do obolelih z AIDS-om (Cronbach $\alpha = 0,732$). Sodelovalo je 164 zaposlenih v zdravstveni negi iz slovenskih zdravstvenih ustanov. Zbiranje podatkov je potekalo s spletnim vprašalnikom od novembra 2020 do januarja 2021. Podatki so bili analizirani z deskriptivno statistiko, Mann-Whitneyjevim U-testom in Kruskal-Wallisovim testom. Upoštevana je bila stopnja statistične značilnosti ($p < 0,05$).

Rezultati: Zaposleni v zdravstveni negi izražajo pozitiven profesionalni in afektivni odnos do pacientov okuženih z virusom HIV ali obolelih z AIDS-om. Pozitivnejši odnos izražajo moški, zaposleni z visokošolsko izobrazbo ali magisterijem in zaposleni z delovno dobo od pet do petnajst let. Pri omenjenih spremenljivkah razlike v odnosih niso bile statistično značilne ($p > 0,05$).

Diskusija in zaključek: Iz rezultatov raziskav povzemamo, da medicinske sestre v Sloveniji ne izražajo izrazito pozitivnega ali negativnega odnosa do oseb, okuženih z virusom HIV ali obolelih z AIDS-om, in so jim pripravljene nuditi holistično zdravstveno nego. V prihodnje bi si želeli raziskovanje osrediniti v merjenje splošnega znanja o HIV/AIDS-u med zaposlenimi in ugotoviti, koliko vpliva znanje na odnos zaposlenih do obolelih.

ABSTRACT

Introduction: Nurses represent a high-risk population as they come into direct contact with the body fluids of patients infected with the human immunodeficiency virus (HIV) or those with acquired immune deficiency syndrome (AIDS). The purpose of the study was to determine the professional and affective attitude of nursing staff towards patients infected with human immunodeficiency virus (HIV) or patients with acquired immune deficiency syndrome (AIDS).

Methods: In the descriptive non-experimental quantitative research, the Slovene-translated questionnaire Scale of attitudes towards AIDS patients (Cronbach $\alpha = 0.732$) was used. 164 nursing employees from Slovenian health care institutions participated. Data collection was conducted using an online questionnaire from November 2020 to January 2021. Data were analyzed using descriptive statistics, Mann Whitney U-test and Kruskal-Wallis test. The level of statistical characteristics was taken into account ($p < 0.05$).

Results: Nursing staff express a positive professional and affective attitude towards patients infected with human immunodeficiency virus (HIV) or those with acquired immune deficiency syndrome (AIDS). The findings show that a more positive attitude is expressed by men, employees with a higher education or a master's degree and employees with an employment period of 5 to 15 years. The differences in the ratios were not statistically significant for the mentioned variables ($p > 0.05$).

Discussion and conclusion: From the results of the research we can conclude that nurses in Slovenia do not express a very positive or negative attitude towards people infected with human immunodeficiency virus (HIV) or patients with acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and are willing to offer holistic health care. In the future, we would like to focus our research on measuring general knowledge about the human immunodeficiency virus (HIV)/acquired immune deficiency syndrome (AIDS) among employees and to determine the impact of knowledge on employees' attitudes towards patients.

Uvod

Virus humane imunske pomanjkljivosti (HIV) in sindrom pridobljene imunske pomanjkljivosti (AIDS) sta bila prvič najdena v Ameriki leta 1981 pri homoseksualnih moških. Pozneje so z raziskavami ugotovili, da virus izhaja iz zahodne osrednje Afrike (Ojong, 2011). AIDS je bolezen, ki se razvije po okužbi z virusom HIV, ki oslabi človeški imunski sistem (Rahman, 2020). Prenaša se s krvjo, spolnimi odnosi, presaditvijo okuženih organov in iz matere v otroka. Ker se okužba najpogosteje prenaša s spolnimi odnosi, se jo uvršča med spolno prenosljive bolezni (Detić, 2020).

Okužba s HIV in napredovanje v AIDS predstavlja pandemijo, razširjeno po vsem svetu, in ostaja velika težava sedanjega časa ter predstavlja eno najvažnejših javnozdravstvenih prioritet na svetu (Hassan & Wahsheh, 2011; Adebimpe, 2018; Modula & Ramukumba, 2018; Detić, 2020).

Po treh desetletjih, odkar so prvič diagnosticirali HIV/AIDS, se je okužilo že več kot 40 milijonov ljudi (Ojong, 2011). Ob visoki incidenci bolezni medicinske sestre predstavljajo rizično populacijo, saj se neposredno srečujejo s pacienti, okuženimi s HIV-om ali obolelimi z AIDS-om, in njihovimi telesnimi tekočinami. Zaradi rizičnih stikov in večje možnosti prenosa okužbe je stigmatizacija in diskriminacija obolelih pacientov zdravstvenih delavcev večja (Ojong, 2011). Kuklec (2010) pravi, da je stigma razpoznavni znak, ki vzpostavlja mejo med stigmatiziranimi osebami in drugimi s pripisovanjem negativnih lastnosti stigmatiziranim osebam. Številni pacienti so stigmatizirani predvsem zato, saj boleajo za boleznimi, ki predstavljajo neskladnost s socialno normo (Kuklec, 2010). Pacienti, ki živijo s HIV-om, se vsakodnevno borijo proti stigmati in diskriminaciji, vsakodnevno doživljajo strahove, ne le v povezavi z njihovim zdravjem, temveč z njihovo družbeno sprejemljivostjo. Zdravstveni delavci predstavljajo ključno vlogo pri nudenju skrbi omenjenim pacientom in v boju proti stigmati (Leyva-Moral, Gómez-Ibáñez, San Rafael, Guevara-Vásquez, & Aguayo-González, 2021), vendar družbena stigma in diskriminacija okuženih s HIV-om in obolelih z AIDS-om pri zdravstvenih delavcih povečuje strah za izvajanje zdravstvene nege (Mashallahi, 2021).

Posledice stigmatizacije in diskriminacije zdravstvenih delavcev so lahko hude, saj povzročajo zamudo pri zdravljenju in nudijo neakovostno zdravstveno oskrbo (Boakye & Mavhandu-Mudzusi, 2019; Machowska, Bamboria, Bercan, & Sharma, 2020). Zaradi nezadostnega poznavanja epidemiologije okužbe zdravstveni delavci v sebi nosijo strah in napačne predstave o prenosu okužbe, kar spreminja njihova stališča in vpliva na odnos do obolelih (Hassan & Wahsheh, 2011; Machowska et al., 2020). Stigmatizacija zato pogosto vodi do podcenjevanja, nepopolne diagnoze in nezadostnega zdravljenja,

zato oboleli pozneje poiščejo zdravstveno pomoč, teže razkrijejo svoje zdravstveno stanje v družbi in pri iskanju zdravstvene oskrbe (Kuklec, 2010; Machowska et al., 2020).

Raziskave kažejo, da naj bi bili odnosi zdravstvenih delavcev do pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om, sicer pozitivni, vendar še vedno obstajajo pomanjkljivosti, povezane z oskrbo in izvajanjem diskriminatornega vedenja do omenjenih pacientov (Leyva-Moral et al., 2021).

Warren et al. (2018) so z rezultati raziskave med študenti ugotovili, da so študentje, ki so se dodatno izobraževali o HIV/AIDS-u izboljšali samozavest, znanje in odnos do pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om. Ustrezna izobraževanja in usposabljanja medicinskih sester lahko bistveno izboljšajo njihov odnos, čustva in samozavest pri zagotavljanju kakovostne oskrbe okuženim s HIV-om in obolelim z AIDS-om. Napačne predstave o HIV/AIDS-u lahko vplivajo na stališča in prakse medicinskih sester (Mashallahi, 2021).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil raziskati odnos in pripravljenost zaposlenih v zdravstveni negi do zdravstvene nege pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om v Sloveniji. Cilj raziskave je bil z vprašalnikom identificirati dejavnike, ki vplivajo na odnos zaposlenih v zdravstveni negi do pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om.

Glede na namen smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšen profesionalni in afektivni odnos imajo zaposleni v zdravstveni negi do pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om?
- V kolikšni meri zaposleni v zdravstveni negi občutijo nevarnost za okužbo s HIV/AIDS-om?
- Obstajajo razlike v profesionalnem in afektivnem odnosu zdravstvenih delavcev do pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om, in ali so povezane z demografskimi in drugimi podatki vzorca?

Metode

Za raziskovanje je bila uporabljena neeksperimentalna opisna kvantitativna metoda raziskovanja.

Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili anketni vprašalnik, ki meri odnos zaposlenih v zdravstveni negi do dela s pacienti, obolelimi s HIV/AIDS-om in je povzet po lestvici *AIDS Attitude Scale* – AAS (Bliwise, Grade, Irish, & Ficarroto, 1991). Angleška različica vprašalnika je prostodostopna na spletu (Kok, Guvenc, & Kaplan, 2018). Avtorji so lestvico neodvisno prevedli

iz angleškega jezika v slovenski jezik in pri prevodu upoštevali kulturne okoliščine in rabo poimenovanj v slovenskem jeziku. Lestvica odnosa do obolelih z AIDS-om je sestavljena iz trditev, na katere so anketiranci odgovarjali po 6-stopenjski Likertovi lestvici, in sicer od 1 (Sploh se ne strinjam.) do 6 (Popolnoma se strinjam.). Lestvica je sestavljena iz treh podlestvic, in sicer na podlestvice: (i) nevarnost okužbe s HIV/AIDS-om, (ii) profesionalni odnos pri oskrbi obolelih s HIV/AIDS-om in (iii) čustveni odnos do obolelih s HIV/AIDS-om. Rezultate predstavljata dve nasprotujoči si kategoriji: odgovori od 1 do 3 označujejo nestrinjanje, odgovori od 4 do 5 pa označujejo strinjanje (Kok et al., 2018). Na podlagi vprašalnika je mogoče doseči od 13 do 78 točk, pri čemer višje točke pomenijo negativnejši profesionalni in afektivni odnos do oseb, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om, nižje število doseženih točk pa pozitivnejši odnos. Koeficient Cronbach α za celotni vprašalnik znaša 0,743, kar kaže na dobro notranjo konsistentnost vprašalnika. Koeficient Cronbach α za podlestvico o nevarnosti okužbe s HIV/AIDS-om znaša 0,741; za podlestvico o profesionalnem odnosu pri oskrbi obolelih s HIV/AIDS-om znaša 0,643; za podlestvico o čustvenem odnosu do obolelih s HIV/AIDS-om pa znaša 0,589.

Opis vzorca

V raziskavi je bil uporabljen priložnostni vzorec zaposlenih v zdravstveni negi na različnih nivojih in v različnih zdravstvenih ustanovah po Sloveniji. Vzorec v raziskavi predstavlja 167 zdravstvenih delavcev, od tega jih je 142 oddalo v celoti izpolnjen vprašalnik. V celotnem vzorcu je v raziskavi sodelovalo več žensk kot moških. Večina anketirancev je starih od 21 let do 40 let. Največji delež anketirancev ima končano

visokošolsko izobrazbo. Največji delež anketiranih ima od pet let do deset let delovne dobe. Tabeli 1 podrobneje prikazujemo vzorec.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za zbiranje podatkov je bil uporabljen spletni vprašalnik, s pomočjo odprtokodne spletne aplikacije za anketiranje – 1KA. Povezavo do spletnega vprašalnika smo objavili na družbenem omrežju Facebook, v zaprtih skupinah zaposlenih v zdravstveni negi, posredovali smo jo znancem zaposlenim v zdravstveni negi ter jih prosili, naj vprašalnik posredujejo svojim znancem zaposlenim v zdravstveni negi. Vzorec se je tako širil po principu snežne kepe. Spletni anketni vprašalnik je bilo možno izpolniti od novembra 2020 do januarja 2021. Podatki so bili kasneje izvoženi in analizirani s pomočjo programa SPSS, verzija 25 (SPSS Inc., Chicago, IL, ZDA). Uporabljena je bila osnovna deskriptivna statistika. Zaradi nenormalne porazdelitve spremenljivk smo izvedli Kolmogorov-Smirnov test ($p < 0,05$) ter Mann-Whitneyjev U-test in test Kruskal-Wallis. Upoštevana stopnja statistične značilnosti je bila $p < 0,05$.

Rezultati

V Tabeli 2 prikazujemo rezultate, ki opisujejo profesionalni in afektivni odnos zaposlenih v zdravstveni negi do oseb, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om. Anketiranci so 6-izpolnjevali po stopenjski Likertovi lestvici, in sicer od 1 (sploh se ne strinjam) do 6 (povsem se strinjam).

V nadaljevanju prikazujemo rezultate, ki opisujejo odnos zaposlenih v zdravstveni negi do oseb, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om. Rezultate predstavlja

Tabela 1: Demografske in druge značilnosti vzorca

Table 1: Demographic and other characteristics of the sample

Spremenljivka/Variable		n	%
spol	moški	18	10,9
	ženski	146	88,5
starostna skupina	21–40 let	115	69,3
	41–60 let	49	29,5
	61 let ali več	2	1,2
najvišja dosežena izobrazba	srednješolska izobrazba	57	34,3
	visokošolska izobrazba	97	58,4
	magisterij stroke	12	7,2
trajanje zaposlitve	manj kot 5 let	40	24,2
	5–15 let	62	37,6
	16–30 let	48	29,1
	več kot 30 let	15	9,1
Ali ste se že kdaj srečali s pacientom, okuženim s HIV-om ali obolelim z AIDS-om?	Da.	104	62,7
	Ne.	49	29,5
	Ne vem.	13	7,8

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

vsota povprečnih vrednosti vseh trditev. Meja med pozitivnim in negativnim odnosom je določena kot mediana, kar za celoten vprašalnik predstavlja 32 točk (ocene med 13 in 78 točk; ocena 78 predstavlja zelo negativen odnos, ocena 13 pa zelo pozitiven odnos do oseb okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om) (Tabela 3, Tabela 4).

Tabela 3 prikazuje rezultate odnosa zaposlenih v zdravstveni negi do oseb, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om po posameznih podlestvicah. O nevarnosti pred okužbo anketiranci izražajo negativni odnos, kar pomeni, da se bojijo okužbe in bolezni ter izražajo negativna čustva do okuženih oz. obolelih pacientov. Kljub temu do njih ohranjajo profesionalen odnos. Mediana celotnega vprašalnika znaša 32 točk, kar nakazuje na to, da anketiranci ne izražajo niti pozitivnega niti negativnega odnosa do pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om.

Pri ugotavljanju statističnih razlik v profesionalnem

in afektivnem odnosu do oseb, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om, v povezavi z demografskimi in drugimi podatki anketirancev smo za celoten vprašalnik uporabili dva statistična testa, in sicer Mann-Whitneyjev U-test in test Kruskal Wallisov. Rezultate prikazuje Tabela 4.

Rezultati (Tabela 4) kažejo, da bolj pozitiven odnos do okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om izražajo moški in osebe, zaposlene od pet let do petnajst let. Obe starostni skupini, anketiranci z visokošolsko in magistrsko izobrazbo, ne navajajo izrazito pozitivnega ali negativnega odnosa. Osebe, ki so zaposlene več kot 30 let, izražajo nekoliko negativen odnos. Podatki prav tako prikazujejo, da, ne glede na to, ali so se zaposleni že kdaj srečali s pacientom, okuženim s HIV-om ali obolelim z AIDS-om, ne izražajo niti pozitivnega niti negativnega odnosa do pacientov. Pri omenjenih spremenljivkah razlike v odnosih zaposlenih do obolelih niso statistično značilne ($p > 0,05$).

Tabela 2: Lestvica profesionalnega in afektivnega odnosa do obolelih z AIDS-om – opisna statistika
Table 2: Scale of professional and affective attitude towards patients with AIDS – descriptive statistics

Trditve/Statements	$\bar{x}$	s
Pacienti okuženi s HIV-om ali oboleli z AIDS-om, so v mojem poklicu stalnica.	2,87	1,482
Kljub temu, da vem, kako se HIV in AIDS prenašata, se še vedno bojim okužbe z njim.	3,52	1,528
Ne želim, da moj otrok obiskuje šolo z otrokom, okuženim s HIV-om ali obolelim z AIDS-om.	2,23	1,291
Pripravljen sem jesti v restavraciji, za katero vem, da je glavni kuhar okužen s HIV-om ali obolel z AIDS-om.*	3,55	1,453
Kljub upoštevanju postopkov in standardov je možno, da bi se okužil/-a z virusom HIV, če bi delal/a s pacienti okuženimi s HIV-om ali obolelimi z AIDS-om v daljšem časovnem obdobju.	2,76	1,346
Raje bi videl/-a, da paciente z virusom HIV ali obolele z AIDS-om negujejo zdravstveni delavci z večletnimi delovnimi izkušnjami.	2,64	1,441
Če bi lahko izbiral/-a, raje ne bi delal/-a s tistimi pacienti, ki so okuženi s HIV-om ali oboleli z AIDS-om.	2,61	1,420
Razmisli/-a bi o menjavi delovnega mesta, če bi moral/-a negovati paciente, okužene s HIV-om ali obolele z AIDS-om.	1,91	1,113
Najbolje bi bilo usposobiti nekaj strokovnjakov v zdravstveni negi, ki bi negovali paciente, okužene s HIV-om ali obolele z AIDS-om.	2,72	1,567
Ne želim delati s pacienti, ki so okuženi s HIV-om ali oboleli z AIDS-om in so uživalci intravenoznih drog ali homoseksualci.	2,17	1,290
Včasih sem nenaklonjen/-a pacientom, ki so okuženi s HIV-om ali oboleli z AIDS-om.	2,01	1,178
Počutil/-a bi se čustveno obremenjenega, če bi pacienti okuženi s HIV-om ali oboleli z AIDS-om predstavljali večino moje delovne obremenitve.	2,79	1,418
Jezi me, da se je zaradi moških, ki imajo spolne odnose z moškimi, povečala možnost okužbe s HIV-om tudi v skupnosti, ki ni istospolno usmerjena.	2,41	1,488

Legenda/Legend: $\bar{x}$ – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation; * – obratno kodirano/reverse coding

Tabela 3: Celotna lestvica s podlestvicami
Table 3: Scale with subscales

Podlestvice/ Subscales	Število trditev/ Number of items	Min	Maks	Me	s
Nevarnost okužbe s HIV/ AIDS-om	5	6	27	15	4,015
Profesionalni odnos do HIV/ AIDS-a	5	5	30	11,5	5,178
Čustveni odnos do HIV/ AIDS-a	3	3	16	7,00	3,180
Celoten vprašalnik	13	9	66	32,00	10,566

Legenda/Legend: Min – minimum/minimum; maks. – maksimum/maximum; Me – mediana/median; s – standardni odklon/standard deviation

Tabela 4: Odgovori anketirancev, povezani s profesionalnim in afektivnim odnosom do oseb, okuženih s HIV-om ali obolelimi z AIDS-om: Mann-Whitneyjev U-test, Kruskal Wallisov test**Table 4:** Respondents' answers regarding professional and affective attitudes towards people living with HIV or patients with AIDS: Mann-Whitney U- test, Kruskal Wallis test

Spremenljivke/ Variables		Odnos zaposlenih v zdravstveni negi do oseb okuženih s HIV-om ali obolelimi z AIDS-om/Attitudes towards patients infected with HIV or AIDS		
		$\bar{x}$ (s)	Me	p
spol	moški	33,43 (8,890)	31,50	0,595
	ženski	33,61 (9,327)	33,00	
starostna skupina	21–40 let	33,91 (11,104)	32,00	0,265
	41–60 let	32,93 (8,502)	32,00	
dosežena izobrazba	srednješolska izobrazba	33,47 (9,843)	33,00	0,908
	visokošolska izobrazba	33,63 (10,902)	32,00	
	magisterij stroke	32,50 (9,501)	32,00	
trajanje zaposlitve	manj kot 5 let	35,42 (12,725)	32,00	0,899
	5–15 let	32,74 (10,057)	31,50	
	16–30 let	33,12 (9,681)	32,00	
	več kot 30 let	34,36 (8,590)	34,00	
Ste se že kdaj srečali s pacientom, okuženim s HIV-om ali obolelim z AIDS-om?	Da.	33,17 (10,116)	32,00	0,969
	Ne.	34,15 (10,060)	31,00	
	Ne vem.	33,92 (14,203)	31,00	

Legenda/Legend: $\bar{x}$ – povprečje/average; s – standardni odklon/standard deviation; Me – mediana/median; p – statistična značilnost/statistical significance

Diskusija

Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšen je profesionalni in afektivni odnos zaposlenih v zdravstveni negi do pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om. Pri prvem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kakšen odnos imajo zaposleni v zdravstveni negi do pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om. Ugotovili smo, da zaposleni v zdravstveni negi na različnih nivojih in v različnih zdravstvenih ustanovah ne izražajo izrazito pozitivnega niti izrazito negativnega odnosa do takšnih oseb. Zavedajo se, da pacienti, okuženi s HIV-om in oboleli z AIDS-om, v njihovem poklicu niso stalnica in so jim kljub rahli nenaklonjenosti vseeno pripravljeni nuditi ustrezno zdravstveno nego. Izid ankete kaže, da zdravstveni delavci ne bi zamenjali delovnega mesta oz. se ne bi izognili delu s pacienti, okuženimi s HIV-om in obolelimi z AIDS-om. V podobni anketi so ugotovili (Hassan & Wahsheh, 2011), da bi se medicinske sestre v kar 36 % vzdržale nudenja zdravstvene nege omenjenim pacientom.

Iz rezultatov raziskave sklepamo, da imajo zdravstveni delavci v Sloveniji dovolj znanja o okužbi in nalezljivosti. V raziskavi med zdravstvenimi delavci republike Južne Afrike raziskovalci poudarjajo pomen izobraževanja med zdravstvenimi delavci z namenom zmanjšanja vpliva stigmatizacije in diskriminacije pri soočanju z osebami, ki živijo s HIV-om ali AIDS-om. Vsebine bi po njihovem

mnenju morale zajemati splošno znanje o virusu HIV, področje etike in zakonodaje z jasnim razumevanjem pacientovih pravic (Famoroti et al., 2013). V raziskavi Makhado & Maselesele (2016) medicinske sestre niso imele zahtevanega znanja in spretnosti za nudenje zdravstvene nege pacientom, okuženih s HIV-om in obolelih z AIDS-om. To je pri njih vzbudilo strah, tesnoba, frustracije pri delu in jih privedlo do stigmatizacije omenjenih pacientov ter posledično do neprimerne kakovosti zdravstvene oskrbe (Makhado & Maselesele, 2016). Zato je ključnega pomena, da vse medicinske sestre usvojijo temeljna znanja o virusu HIV in so pripravljene na soočanje z njim, nove izzive, preprečevanje novih okužb in zdravljenje okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om (Boakye & Mavhandu-Mudzusi, 2019).

Večina medicinskih sester se popolnoma strinja, da si pacienti, ki so okuženi z virusom HIV ali oboleli z AIDS-om, zaslužijo enako kakovostno zdravstveno obravnavo kot ostali pacienti in moramo z njimi ravnati enako spoštljivo (Boakye & Mavhandu - Mudzusi, 2019). Prav tako iz rezultatov ankete ne opazimo mogoče čustvene obremenitve, povezane z nudenjem zdravstvene nege okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om. Makhado & Maselesele (2016) v svoji raziskavi poročata, da medicinske sestre govorijo o hudi čustveni izčrpanosti pri oskrbi pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om, omenjena je tudi zmerena raven izgorelosti.

Iz rezultatov ugotavljamo tudi majhno stopnjo

strahu pred okužbo z virusom HIV. V podobni raziskavi so prav tako opažali prisotnost strahu, ki ga imajo medicinske sestre pri nujenju zdravstvene nege pacientu, okuženemu z virusom HIV-a ali obolelemu z AIDS-om. Te so v 96,2 % svoj strah ocenile kot »ogromen«, kar je prispevalo k negativnemu odnosu do samega virusa HIV. Medicinske sestre v Jordaniji so negativen odnos do nujenja zdravstvene oskrbe pacientom, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om, povezale tudi z visokim smrtnim izidom pacientov z omenjeno boleznijo (Hassan & Wahsheh, 2011).

Bolj ali manj na odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so okuženi z virusom HIV ali oboleli z AIDS-om, vpliva tudi stigmatizacija (Hassan & Wahsheh, 2011). Tako zaznamovani so dandanes tudi posamezniki, ki so okuženi s HIV-om ali oboleli z AIDS-om. Ti so namreč pogosta tarča stigmatizirajočega odnosa prebivalstva ter diskriminacije, vezane na izobraževanje, zaposlovanje in zdravljenje. Tako se z njimi srečujemo tudi v zdravstvenem sistemu (Detić, 2020).

Pri drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, ali obstajajo razlike v odnosih zdravstvenih delavcev do pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om, in povezava z demografskimi in drugimi podatki vzorca. Odgovori zaposlenih v povezavi s profesionalnim in afektivnim odnosom do oseb, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om, so pokazali, da so pozitivnejši odnos izražali moški, glede na starost ni razlik, nikjer pa nismo potrdili statistično pomembnih razlik. Primerjava dosežene izobrazbe zaposlenih s profesionalnim in afektivnim odnosom do oseb, okuženih s HIV-om in obolelih z AIDS-om, je pokazala, da so zaposleni z magisterijem ali visokošolsko izobrazbo bolj pozitivno naravnani, kot so zdravstveni delavci s srednješolsko izobrazbo. Pozitivnejši odnos imajo v največji meri zaposleni od pet let in petnajst let delovne dobe, medtem ko tiste osebe, ki so zaposlene več kot 30 let, izražajo nekoliko negativen odnos.

Vorasane et al. (2017) v svoji raziskavi navajajo, da je 45,7 % udeležencev raziskave pokazalo visoko stopnjo stigmatizirajočega odnosa do oseb, ki so okužene s HIV-om ali obolele z AIDS-om. Med medicinskimi sestrami, ki so oskrbovale bolnike, okužene s HIV-om ali obolele z AIDS-om, dlje časa oz. so se srečale z več primeri takih pacientov ter so se udeležile izobraževanj s področja okužb s HIV-om, je bilo mogoče opaziti, da bodo manj verjetno izrazile stigmatizirajoč odnos. Pozitivnejši odnos in manj strahu pred virusom je bilo mogoče opaziti tudi pri medicinskih sestrah z višjo izobrazbo. V primerjavi z ženskami imajo pozitivnejši odnos do tistih pacientov, ki so okuženi s HIV-om ali oboleli z AIDS-om, moški (Vorasane et al., 2017).

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2020) je objavil podatke, da je do konca leta 2019 v Sloveniji živelo nekaj manj kot 1000 oseb s HIV-om, petina teh naj ne bi vedela, da je okužena. Čeprav število okuženih

s HIV-om v Sloveniji narašča, ocenjujejo, da je pri nas okužena manj kot 1 oseba/1000 prebivalcev, kar je, če primerjamo z večino evropskih držav, malo. Virus humane imunske pomanjkljivosti (HIV) je ob pojavu močno vplival na zdravstveni sistem različnih držav po vsem svetu (Makhado & Maselesele, 2016). Izziv, kako nuditi zdravstveno nego omenjenim pacientom, je pri medicinskih sestrah predstavljal velik problem, saj kljub temu, da imajo ključno vlogo pri zdravstveni obravnavi pacienta, morda niso vedno primerno usposobljene oziroma jim niso na razpolago omogočena dodatna izobraževanja in pridobivanje dodatnega znanja (Mockiene et al., 2010; Hassan & Wahsheh, 2011), na podlagi katerega bi lahko vsem pacientom nudile enako zdravstveno oskrbo brez predsodkov (Mockiene et al., 2010; Hassan & Wahsheh, 2011).

Največja omejitev raziskave je majhen in nehomogen vzorec anketirancev. Z večjim vzorcem bi lahko pridobili primerljive rezultate, prav tako pa bi bilo smiselno vključiti tudi anketni vprašalnik, s katerim bi merili splošno znanje o virusu HIV in bolezni AIDS oziroma o znanju o poznavanju in zaščiti pred nalezljivimi boleznimi ter poskušali prikazati, kolikšen vpliv ima na profesionalni in afektivni odnos zaposlenih. Dodatno omejitev pri interpretaciji rezultatov predstavlja tudi zelo majhno število moških, sodelujočih v raziskavi.

Zaključek

Pri pregledu literature s področja profesionalnega in afektivnega odnosa medicinskih sester do pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om, smo našli na precej raziskav, iz katerih lahko povzamemo, da imajo medicinske sestre različne poglede na paciente, okužene s HIV-om ali obolele z AIDS-om. Iz obravnavane literature je razbrati precej pozitiven odnos in željo po širjenju tega med splošno prebivalstvo, v drugih pa opazimo negativnejše dojemanje okuženih oz. obolelih posameznikov. Na podlagi raziskave in pregleda literature smo ugotovili, da so stopnja izobrazbe in predvsem dodatna usposabljanja ključnega pomena za pozitivnejši odnos zaposlenih v zdravstveni negi do pacientov, okuženih s HIV-om ali obolelih z AIDS-om. Z merjenjem znanja o HIV/AIDS-u bi pridobili relevantnejše podatke o vplivu in pomembnosti izobraževanja, s čimer bi posledično pripomogli k doseganju pozitivnejših odnosov do obolelih, kajti okužba s HIV-om in obolevnost z AIDS-om v našem prostoru še vedno ostajata tabu.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu 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

Avtorice so sodelovale pri idejnem načrtovanju, pisanju metodologije in interpretaciji podatkov. Prve tri avtorice so raziskavo izvedle in opravile statistično analizo podatkov. Zadnja avtorica je opravila kritično revizijo prispevka. Vse avtorice so prebrale in odobrile končni prispevek./The authors were involved in conceptual planning, writing the methodology, and data interpretation. The first three authors conducted the research and performed statistical analysis of the data. The last author conducted a critical review of the paper. All authors read and approved the final paper.

Literatura

- Adebimpe, O. W. (2018). Knowledge and practice of health care workers towards post exposure prophylaxis in the era of low and stable HIV prevalence in Southwestern Nigeria. *Bulletin of Faculty of Pharmacy, Cairo University*, 56(1), 104–108. <https://doi.org/10.1016/j.bfopcu.2018.03.003>
- Bliwise, N. G., Grade, M., Irish, T. M., & Ficarrotto, T. J. (1991). Measuring medical and nursing students' attitudes toward AIDS. *Health Psychology*, 10(4), 289–295. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.10.4.289> PMid:1915216
- Boakye, S. D., & Mavhandu-Mudzusi, H. A. (2019). Nurses knowledge, attitudes and practices towards patients with HIV and AIDS in Kumasi, Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 11(2019), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.05.001>
- Detić, P., 2020. *Stigmatizacija HIV pozitivnih osoba i osoba oboljelih od AIDS-a: završni rad*. Varaždin: Sveučilište Sjever, p. 7.
- Famoroti, O. T., Fernandes, L., & Chima, C. S. (2013). Stigmatization of people living with HIV/AIDS by healthcare workers at a tertiary hospital in KwaZulu-Natal, South Africa: A cross-sectional descriptive study. *BMC Medical Ethics*, 14(Suppl 1), S1–S10. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-S1-S6> PMid:24564982; PMCID:PMC3878339
- Hassan, M. Z., & Washsheh, A. M. (2011). Knowledge and attitudes of Jordanian nurse towards patients with HIV/AIDS: Findings from a nationwide survey. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(12), 774–784. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-S1-S6> PMid:22077750
- 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.
- Kok, G., & Guvenc, G., Kaplan, Z. (2018). Nursing students' knowledge attitudes, and willingness to care toward people with HIV/AIDS. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1697–1706.
- Kuklec, V. (2010). Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), 195–201.
- Leyva-Moral, J. M., Gómez-Ibáñez, R., San Rafael, S., Guevara-Vásquez, G., & Aguayo-González, M. (2021). Nursing students' satisfaction with narrative photography as a method to develop empathy towards people with HIV: A mixed-design study. *Nurse Education Today*, 96, Article 104646. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104646> PMid:33160157
- Machowska, A., Bamboria, B. L., Bercan, C., & Sharma, M. (2020). Impact of 'HIV-related stigma-reduction workshops' on knowledge and attitude of healthcare providers and students in Central India: A pre-test and post-test intervention study. *BMJ Open*, 10(4), Article e033612. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033612> PMid:32284388; PMCID:PMC7201299
- Makhado, L., & Maselesele, D. M. (2016). Knowledge and psychosocial wellbeing of nurses caring for people living with HIV/AIDS (PLWH). *Health SA Gesondheid*, 21(2016), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2015.10.003>
- Mashallahi, A., Rahmani, F., Gholizadeh, L., & Ostadtaghizadeh, A. (2021). Nurses' experience of caring for people living with HIV: A focused ethnography. *International Nursing Review*, 68(3), 318–327. <https://doi.org/10.1111/inr.12667> PMid:33969882
- Mockiene, V., Suominen, T., Välimäki, M., & Razbadauskas, A. (2010). Impact of intervention programs on nurses' knowledge, attitudes, and willingness to take care of patients with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome: A descriptive review. *Medicina (Kaunas)*, 46(3), 159–168. <https://doi.org/10.3390/medicina46030022> PMid:20516754

Modula, J. M., & Ramukumba, M. M. (2018). Nurses' implementation of mental health screening among HIV infected guidelines. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 8(2018), 8–13.

<https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.02.001>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020). *Okužba s HIV v Sloveniji: Letno poročilo 2019*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (p. 1.). Retrieved January 1, 2021 from https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/hiv_letno_porocilo_2018.pdf

Ojong, B. P. (2011). *Nurses' knowledge of the methods of HIV/AIDS transmission and nurses caring for people with HIV/AIDS in Southwest Mississippi: A thesis* (p. 1). Alcorn State University, School of nursing, Mississippi.

<https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.05.001>

Rahman, F. (2020). Factors affecting the implementation of HIV/AIDS prevention programs: A literature review. *Enfermeria Clinica*, 30(56), 321–324.

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.06.072>

Vorasane, S., Jimba, M., Kikuchi, K., Yasuoka, J., Nanishi, K., Durham, J., & Sychareun, V. (2017). An investigation of stigmatizing attitudes towards people living with HIV/AIDS by doctors and nurses in Vientiane, Lao PDR. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–13.

<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2068-8>

PMid:28183300; PMCID:PMC5301416

Warren, N., Portillo, C. J., Dawson-Rose, C., Monasterio, E., Fox, C. B., Freeborn, K. ... Stringari-Murray, S.(2018). HIV primary care curriculum improves HIV knowledge, confidence and attitudes. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(6), 113–120.

<https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.03.008>

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:

Plahuta, A., Skrt, S., Jazbec, J., & Ličen, S. (2023). Odnos in pripravljenost zaposlenih v zdravstveni negi za oskrbo pacientov s HIV/AIDS-om: opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(1), 24–31. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.1.3111>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Vloga izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji in supinaciji intubiranega pacienta s hudim akutnim respiratornim sindromom koronavirus-2: pregled literature**Nurses' role in the care of intubated patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 in prone and supine position: A literature review**Bine Halec¹*, Eva Tisaj¹

Ključne besede: oskrba; medicinska sestra; zapleti; obračanje na trebuh; obračanje na hrbet; intubacija

Key words: nursing; nurse; complications; laying on stomach; laying on back; intubation

¹ Univerzitetni klinični center Maribor, Enota za intenzivno infektologijo, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor, Slovenija

* Corresponding author/
Korespondenčni avtor:
bine.halec@ukc-mb.si

IZVLEČEK

Uvod: Hud akutni respiratorni sindrom koronavirus-2 je s svojo intenzivnostjo močno vplival na razmere in delo v enotah intenzivne terapije. Pri vse več intubiranih pacientih z akutnim respiratornim distresnim sindromom se je pokazala potreba po pronaciji (obrat na trebuh). Namen raziskave je bil preučiti vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji in supinaciji (obrat na hrbet) pacienta ter ugotoviti najpogostejše zaplete, ki se ob tem lahko pojavijo.

Metode: Uporabljen je bil pregled znanstvene in strokovne literature. Iskanje literature je potekalo v podatkovnih bazah PubMed, Sage in ScienceDirect ter Google Scholar. Vključene so bile raziskave od januarja 2020 do decembra 2021. Izvedena je bila vsebinska analiza raziskav.

Rezultati: Skupno je bilo identificiranih 993 člankov. Dodanih je bilo še deset člankov, najdenih s prostoročnim iskanjem v Google Scholar. Izmed 1.003 identificiranih zadetkov je bilo v končno analizo vključenih osem člankov. Izpostavljena so bila tri glavna vsebinska področja: (1) vloga izvajalcev zdravstvene nege pred pronacijo intubiranega pacienta; (2) vloga izvajalcev zdravstvene nege med pronacijo intubiranega pacienta in (3) vloga izvajalcev zdravstvene nege pri supinaciji intubiranega pacienta.

Diskusija in zaključek: Pronacija in supinacija intubiranega pacienta predstavljata velik izziv za celoten zdravstveni tim, ki je v času epidemije okrnjen tako številčno kot tudi glede na stopnjo usposobljenosti. Izvajalec zdravstvene nege mora ob teh intervencijah zagotoviti hemodinamsko stabilnost, pravilno pozicioniranje pacienta, preprečiti ekstubacijo in izpade različnih katetrov, zaščititi kožo in vseskozi izvajati potrebne aktivnosti zdravstvene nege.

ABSTRACT

Introduction: With being highly intense, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, strongly influenced the conditions and work in intensive care units. The need for pronation (laying on stomach) was advised in increasingly more intubated patients with acute respiratory distress syndrome. The purpose of the study was to present the role of health care workers during pronation and supination (laying on back) and to highlight the most common complications that can occur.

Methods: A review of the scientific and professional literature was used. The search was conducted in the databases PubMed, Sage and ScienceDirect. We also searched for literature using the Google Scholar web browser. Surveys from January 2020 to December 2021 were included. A substantive analysis of the surveys was performed.

Results: 993 articles were identified in the PubMed, Sage and ScienceDirect, and Google Scholar databases. From 1003 identified publications, eight articles were included in the final analysis. The research data were divided into three main categories: (1) The role of health care workers before the pronation of an intubated patient; (2) The role of health care workers during the pronation of an intubated patient; (3) The role of health care workers in supination of an intubated patient.

Discussion and conclusion: Pronation and suspension of an intubated patient is a significant challenge for the entire medical team that faces fewer numbers of working staff who are also less qualified. During such an intervention, the health care worker must ensure hemodynamic stability, correct positioning, prevent extubation and loss of various catheters, protect the skin and perform the necessary nursing activities throughout.



Prejeto/Received: 13. 12. 2021
Sprejeto/Accepted: 9. 10. 2022

© 2023 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

Hud akutni respiratorni sindrom koronavirus-2 [SARS-CoV-2] prizadene dihalni sistem in povzroči akutni respiratorni distresni sindrom [ARDS] (Wu et al., 2020). Huda pljučna okužba, ki jo povzroča koronavirusna bolezen 2019 [COVID-19], zaradi hude hipoksemije zahteva zdravljenje v bolnišnici (Whittle, Pavlov, Sacchetti, Atwood, & Rosenberg, 2020). Kadar pride do slabšanja zdravstvenih težav, je pacienta treba premestiti v enoto intenzivne terapije, kjer se uporabljajo različni načini mehanske ventilacije za dovajanje kisika (Hajjar et al., 2021). Pri neinvazivni metodi ventilacije (ang. *non-invasive ventilation*) se uporabljajo celoobrazne maske ali čelade, s katerimi se dovaja pozitiven pritisk z namenom zvišati alveolarno ventilacijo. S tem se izboljša oksigenacija pljuč (Menzella et al., 2021) in zmanjša tveganje za prenos aerosolov (Hui et al., 2019). Na začetku epidemije je bila najboljša praksa za zmanjšanje tveganja prenosa aerosolov omejitev uporabe neinvazivne metode ventilacije in izvedba zgodnje endotrahealne intubacije. Pozna ali nujna intubacija je za kritično bolnega lahko tvegana (zaradi pomanjkljive zaloge kisika) (Wax & Christian, 2020). Za paciente s covidom-19 in tiste s hudo hipoksemijo, ki potrebujejo endotrahealno intubacijo, obstaja več načinov zdravljenja. V prvi vrsti je za lažjo invazivno mehansko ventilacijo nujno potrebna globoka sedacija ter dajanje nevro-muskularnih blokatorjev (Tezcan, Tuan, & Ozgok, 2019). Pri pacientih, pri katerih hipoksemija vztraja kljub invazivni mehanski ventilaciji, se pogosto uporablja dodatne metode zdravljenja, kot so zunajtelesna oksigenacija – ECMO (ang. *Extracorporeal Membrane Oxygenation*), inhalacijski dušikov oksid ter pronacija (Grasselli et al., 2020).

Pronacija je metoda zdravljenja, ki izboljša ventilacijo pljuč in oksigenacijo (Binda et al., 2021a). Gre za pozicioniranje pacienta na trebuh z glavo navzdol, v ravno ležeč položaj za izboljšanje izmenjave plinov v pljučih (Hadaya & Benharash, 2020). Številne raziskave (Guérin et al., 2013; Scaravilli et al., 2015; Weiss et al., 2020; Mathews et al., 2021) so pokazale, da zgodnja uporaba pronacije pomembno vpliva na preživetje pacientov, obolelih s hudo obliko ARDS-a. Pronacija pacienta dokazano izboljša razmerje med ventilacijo in perfuzijo z boljšim odstranjevanjem CO₂, boljšim predihavanjem dorzalnih predelov pljuč ter bolj homogeno distribucijo ventilacije, kar zmanjša tveganje za poškodbe pljuč, ki jih povzroča umetno mehansko predihavanje (Langer et al., 2021). Pronacija lahko pri nekaterih pacientih izboljša tudi delovanje srca. Poveča se volumen vračanja krvi v srce ter zmanjša zožitev krvnih žil v pljučih (Shimizu, Fujii, Yamawake, & Nishizaki, 2015). Prav tako pri proniranih pacientih izločki iz pljuč lažje odteka, saj

so usta in nos obrnjena navzdol (Marini & Fattinoni, 2020).

Potrebno je vsaj dvanajsturno vzdrževanje pronacije, čeprav se v praksi časovni interval lahko razlikuje (Weiss et al., 2020). Ko se oksigenacija pacienta popravi oziroma kadar je pacient proniran več kot 36 ur, je treba izvesti supinacijo, pri čemer pacienta pozicioniramo nazaj na hrbet (Paul et al., 2020). V večini primerov je pronacijo in supinacijo treba izvesti večkrat (Elharrar et al., 2020; Munshi, Fralick, & Fane, 2020). Izvedba manevra se nadaljuje, dokler se raven kisika v telesu trajno ne izboljša ali je dokazano, da pronacija ne učinkuje (Quan Le, Rosales, Shapiro, & Huang, 2020).

Pronacija in supinacija intubiranega pacienta vključujeta tveganja za resne zaplete, kot so ekstubacija, hemodinamska nestabilnost, izpad žilnih katetrov, drenaž, katetra ter poškodba kože (Mathews et al., 2021). Za varno pronacijo in supinacijo intubiranega pacienta je potrebna skupina usposobljenih ljudi, vključno z respiratornim fizioterapevtom, izvajalci zdravstvene nege ter zdravnikom (Weiss et al., 2020; Mathews et al., 2021).

Čeprav večina objavljenih podatkov o pronaciji vključuje paciente na mehanski ventilaciji, ima pronacija podobne učinke tudi na fiziologijo dihal pri neintubiranih pacientih. Raziskave številnih avtorjev (Elharrar et al., 2020; Munshi et al., 2020; Paul et al., 2020) kažejo pozitiven učinek pronacije tudi pri neintubiranih pacientih s covidom-19, obolelimi z ARDS-om. Pri pacientih je bilo opaziti bistveno izboljšanje oksigenacije. Pronacijo je mogoče izvesti tudi pri pacientih, ki kisik prejemajo preko HFNC-ja (ang. *High Flow Nasal Cannula*), ali pri neinvazivni metodi ventilacije. Na podlagi razpoložljivih podatkov pronacija pri neintubiranih pacientih izboljša oksigenacijo in tako zmanjša potrebo po intubaciji pri pacientih z ARDS-om (Caputo, Strayer, & Levitan, 2020).

Pronacija se kot metoda za izboljšanje oksigenacije pri intubiranih pacientih s SARS-CoV-2 s hudo obliko ARDS-a uporablja pogosto. Malo pa je raziskanega na temo vloge izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji in supinaciji teh pacientov.

Namen in cilji

Namen raziskave je s pregledom literature preučiti vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji in supinaciji intubiranega pacienta, obolelega s SARS-CoV-2, ter povezanimi zapleti in ukrepi za preprečevanje.

Zastavili smo si naslednjo raziskovalno vprašanje:

- Kako lahko izvajalci zdravstvene nege preprečijo možnost za nastanek nezaželenih zapletov pronacije in supinacije intubiranega pacienta?

Metode

Izvedli smo pregled znanstvene literature s področja pronacije in supinacije, vlogo izvajalcev zdravstvene nege ter možnih zapletov in ukrepov za preprečevanje zapletov.

Metode pregleda

Iskanje literature je potekalo septembra 2021 v podatkovnih bazah PubMed, Sage in ScienceDirect. Literaturo smo prav tako iskali s pomočjo spletnega brskalnika Google Scholar. Raziskave smo iskali z naslednjimi ključnimi besedami: *coronavirus disease, care, nursing, nurse, complications, prone position and supine position, intubation*. Popolna iskalna kombinacija je bila: ((*«coronavirus disease» OR covid OR »SARS-CoV-2«*) AND (*»care and nursing« OR healthcare OR »nursing care«*) AND (*nurse OR »nursing care providers«*) AND (*»complications« AND »prone position« AND »supine position« AND intubation*)).

Vključitveni kriteriji so obsegali angleški jezik, časovno obdobje od januarja 2020 do decembra 2021, tematiko, ki se navezuje na pronacijo ali supinacijo intubiranih pacientov v enotah intenzivne terapije, in dostopnost do polnih besedil. Starostne omejitve pacientov, vključenih v raziskave, nismo podali. Izključili smo dvojnike in komentarje ter raziskave, ki so preučevale pronacijo ali supinacijo neintubiranih pacientov, se niso navezoval na covid-19 ter niso vključevale zdravstvene nege proniranih in supiniranih intubiranih pacientov. Vključitveni in izključitveni kriteriji so prikazani v Tabeli 1. Za prikaz rezultatov iskanja smo uporabili diagram poteka po metodi PRISMA (ang. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021), kar je razvidno na Sliki 1.

Rezultati pregleda

V treh podatkovnih bazah smo skupaj identificirali 993 člankov. V podatkovni bazi PubMed je bilo z

omenjeno iskalno strategijo najdenih 32 zadetkov, Science Direct 857 in Sage 104. Temu smo dodali še raziskave prostoročnega iskanja po bazi Google učenjak, kjer smo našli deset člankov, ki so zadostili vključitvenim kriterijem. Skupaj smo identificirali 1.003 članke. Zadetke smo vnesli v program Mendeley, v katerem smo odstranili 512 dvojnikov. Preostalih 491 člankov smo pregledali po naslovu in povzetku ter jih na podlagi primernosti vključili v nadaljnji pregled. Izključili smo 447 zadetkov, saj niso obravnavali vključitvenih kriterijev: pronacije ali supinacije intubiranega pacienta, možnih zapletov pri pronaciji ali supinaciji. Podroben pregled celotnih raziskav smo izvedli za 44 člankov. Na podlagi neskladja z izbrano tematiko, ki vključuje vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji in supinaciji intubiranega pacienta, možne zaplete pri pronaciji in supinaciji ter vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri preprečevanju nastanka zapletov, smo izključili 36 člankov. V končno analizo smo vključili osem raziskav, ki preučujejo vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji ali supinaciji intubiranega pacienta, možne zaplete pri pronaciji ali supinaciji intubiranega pacienta ter vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri preprečevanju zapletov. Potek iskanja in pregleda literature je prikazan na Sliki 1.

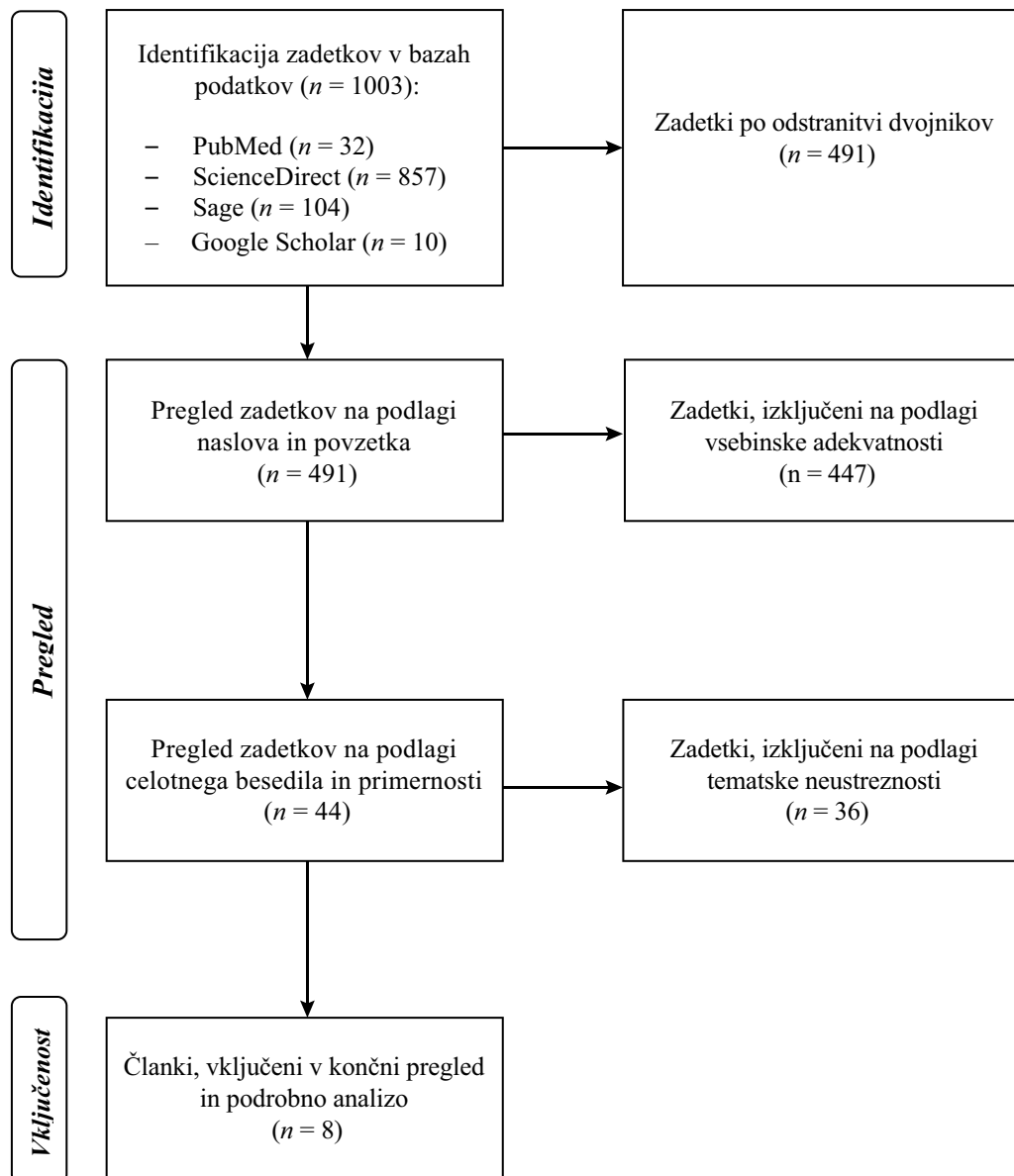
Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Poglavitna kriterija za vključitev raziskav v končno analizo sta bila relevantnost vsebine in prosta dostopnost celotnega besedila raziskave. To je izpolnjevalo osem raziskav (Tabela 2), ki smo jih razvrstili po lestvici hierarhije dokazov (Polit & Beck, 2020). Trije članki so temeljili na randomiziranih kliničnih raziskavah (Bruni et al., 2020; Binda et al., 2021a; Binda et al., 2021b), en članek (Wiggermann, Zhou, & Kumpar, 2020) na pregledu korelacijskih/opazovalnih raziskav, en članek (Brazier, Perneta, Lithanderl, & Henderson, 2022) na pregledu opisnih/kvalitativnih raziskav, en članek (Chiu et al., 2021) na opisni/kvalitativni raziskavi in dva članka (Parhar, Zuege, Shariff, Knight, & Bagshaw, 2020; Team, Jones, & Weller, 2021) na mnenju avtorjev, ekspertnih komisij.

Tabela 1: Vključitveni in izključitveni kriteriji

Table 1: Inclusion and exclusion criteria

Kriteriji/ Criteria	Vključitveni kriteriji/ Inclusion criteria	Izključitveni kriteriji/ Exclusion criteria
Tema	Raziskave, ki se nanašajo na pronacijo ali supinacijo intubiranih pacientov v času covida-19.	Raziskave, ki vključujejo pronacijo ali supinacijo neintubiranih pacientov, se ne navezujejo na covid 19, ne vključujejo zdravstvene nege proniranih intubiranih pacientov.
Vrste raziskav	Izvirni in pregledni znanstveni članki.	Dvojniki, komentarji.
Časovni okvir	Januar 2020–december 2021.	Raziskave, ki ne spadajo v to časovno kategorijo.
Jezik	Angleščina.	Drugo.
Dostopnost polnih besedil	Polno dostopne raziskave.	Nedostopna polna besedila člankov, izvlečki.



Slika 1: Diagram poteka iskanja raziskav (PRISMA)
Figure 1: Flow chart of research search (PRISMA)

V nadaljevanju smo s pomočjo orodja Joanna Briggs Institute [JBI] kontrolnim seznamom izvedli kritično oceno raziskav (Aromataris & Munn, 2020). Izvedli smo kritično oceno posameznih randomiziranih kliničnih raziskav, korelacijskih/opazovalnih raziskav, opazovalnih/kvalitativnih raziskav ter mnenja avtorjev. Ugotovili smo, da so vsi članki primerni za vključitev v analizo podatkov.

Raziskave smo po končnem izboru pregledali in opredelili kategorije glede na značilnosti in povezave. Sledili so ponovna preučitev dokazov in združevanje v posamezne kategorije, na koncu pa vsebinska analiza celote (Vaismoradi, Turunen, & Bondas, 2013).

Rezultati

Tabela 2 podrobneje prikazuje vključene raziskave s podatki o avtorjih in državah, vrsti, namenu in vzorcu raziskave, glavne ugotovitve ter oceno hierarhije dokazov. Glede na časovno analizo so bili trije članki objavljeni v letu 2020 (Bruni et al., 2020; Parhar et al., 2020; Wiggermann et al., 2020), pet člankov pa v letu 2021 (Binda et al., 2021a; Binda et al., 2021b; Brazier et al., 2022; Chiu et al., 2021; Team, Jones, & Weller, 2021). Glede na geografski položaj so bile raziskave izvedene v Evropi ($n = 3$), Ameriki ($n = 2$), Avstraliji ($n = 1$), Kanadi ($n = 1$) in Združenem kraljestvu Velike Britanije ($n = 1$).

Tabela 2: Kritična ocena randomiziranih kliničnih raziskav**Table 2: Checklist for Randomized Controlled Trials**

Vključene raziskave/ Included studies (n = 3)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Skupno število/ Total number
Bruni et al., 2020	Y	Y	Y	U	U	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	U	10/13
Binda et al., 2021a	Y	Y	Y	U	U	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	U	8/13
Binda et al., 2021b	Y	Y	Y	U	U	Y	Y	Y	Y	U	Y	Y	U	9/13

Legenda/Legend: n – število/number; Y – da/yes; N – ne/no; U – nejasno/unclear; 1 – Ali je bila za razporeditev udeležencev v skupine za zdravljenje uporabljena prava randomizacija?/Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?; 2 – Ali je bila razporeditev v terapevtske skupine prikrita?/Was allocation to treatment groups concealed?; 3 – Ali so bile skupine zdravljenja na začetku podobne?/ Were treatment groups similar at the baseline?; 4 – Ali je bila dodelitev zdravljenja skrita za udeležence?/Were participants blind to treatment assignment?; 5 – Ali je bila razporeditev udeležencev glede zdravljenja skrita zdravnikom?/Were those delivering treatment blind to treatment assignment?; 6 – Ali je bila razporeditev udeležencev glede zdravljenja skrita raziskovalcem?/Were outcomes assessors blind to treatment assignment?; 7 – Ali so bile skupine obravnavane enako, razen intervencije, ki nas zanima?/Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?; 8 – Ali je bilo spremljanje končano; če ni, ali so bile razlike med skupinami glede njihovega spremljanja ustrezno opisane in analizirane?/Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?; 9 – Ali so bili udeleženci analizirani v skupinah, v katere so bili randomizirani?/Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?; 10 – Ali so bili izidi merjeni na enak način za skupine zdravljenja?/Were outcomes measured in the same way for treatment groups?; 11 – Ali so bili rezultati izmerjeni na zanesljiv način?/Were outcomes measured in a reliable way?; 12 – Ali je bila uporabljena ustrezna statistična analiza?/ Was appropriate statistical analysis used?; 13 – Ali je bila zasnova preizkušanja ustrezna in morebitna odstopanja od standardne zasnove randomiziranih kliničnih raziskav (individualna randomizacija, vzporedne skupine) upoštevana pri izvedbi in analizi preizkušanja?/Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?

Tabela 3: Kritična ocena korelacijskih/opazovalnih raziskav**Table 3: Checklist for Quasi-Experimental Studies**

Vključene raziskave/ Included studies (n = 1)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Skupno število/ Total number
Wigermann et al., 2020	U	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	7/9

Legenda/Legend: n – število/number; Y – da/yes; N – ne/no; U – nejasno/unclear; 1 – Ali je v raziskavi jasno, kaj je »vzrok« in kaj »učinek« (ni zmede glede tega, katera spremenljivka je prva)?/ Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?; 2 – Ali so bili udeleženci vključeni v primerjave?/Were the participants included in any comparisons similar?; 3 – Ali so bili udeleženci vključeni v kakršne koli primerjave, podobne zdravljenju/oskrbi, razen izpostavljenosti ali intervencije, ki nas zanima?/Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?; 4 – Ali obstaja kontrolna skupina?/Was there a control group?; 5 – Ali je bilo opravljenih več meritev izida pred intervencijo/izpostavljenostjo in po njej?/Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?; 6 – Ali je bilo spremljanje zaključeno; če ni, ali so bile razlike med skupinami glede njihovega spremljanja ustrezno opisane in analizirane?/Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?; 7 – Ali so bili rezultati udeležencev, vključenih v primerjave, izmerjeni na enak način?/Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?; 8 – Ali so bili rezultati izmerjeni na zanesljiv način?/Were outcomes measured in a reliable way?; 9 – Ali je bila uporabljena ustrezna statistična analiza?/Was appropriate statistical analysis used?

Tabela 4: Kritična ocena opazovalnih/kvalitativnih raziskav**Table 4: Checklist for Qualitative Research**

Vključene raziskave/ Included studies (n = 1)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vključene raziskave/ Included studies
Brazier et al., 2022	Y	Y	Y	Y	Y	U	U	Y	Y	Y	8/10

Legenda/Legend: n – število/number; Y – da/yes; U – nejasno/unclear; 1 – Ali obstaja skladnost med navedeno filozofsko perspektivo 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 ali cilji?/Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?; 3 – Ali obstaja skladnost med raziskovalno metodologijo in metodami, uporabljenimi 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 predstavljanjem 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 kulturno ali teoretično?/Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?; 7 – Ali je obravnavan vpliv raziskovalca na raziskavo in obratno?/Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?; 8 – Ali so udeleženci in njihovi glasovi ustrezno zastopani?/Are participants, and their voices, adequately represented?; 9 – Ali je raziskava etična in v skladu s trenutnimi merili za nedavne raziskave in ali obstajajo dokazi o etični odobritvi ustreznega organa?/Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?; 10 – Ali sklepi v raziskovalnem poročilu izhajajo iz analize ali interpretacije podatkov?/Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?

Tabela 5: Kritična ocena mnenja avtorjev**Table 5:** Checklist for Text and Opinion

Vključene raziskave/ Included studies (n = 2)	1	2	3	4	5	6	Vključene raziskave/ Included studies
Parhar et al., 2020	Y	Y	Y	Y	Y	U	4/6
Team et al., 2021	Y	Y	Y	Y	Y	U	4/6

Legenda/Legend: n – število/number; Y – da/yes; U – nejasno/unclear; 1 – Ali je vir mnenja jasno opredeljen?/Is the source of the opinion clearly identified?; 2 – Ali ima vir mnenja ugled na strokovnem področju?/Does the source of opinion have standing in the field of expertise?; 3 – Ali so interesi zadevne populacije v središču mnenja?/Are the interests of the relevant population the central focus of the opinion?; 4 – Ali je navedeno stališče rezultat analitičnega procesa in ali je izraženo mnenje logično?/Is the stated position the result of an analytical process, and is there logic in the opinion expressed?; 5 – Ali obstaja sklicevanje na obstoječo literaturo?/Is there reference to the extant literature?; 6 – Ali je kakršno koli neskladje z literaturo/viri logično zagovarjano?/Is any incongruence with the literature/sources logically defended?

Na podlagi analize raziskav smo podatke in spoznanja o vlogi izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji in supinaciji intubiranega pacienta razvrstili v tri glavna vsebinska področja: (1) vloga izvajalcev zdravstvene nege pred pronacijo intubiranega pacienta; (2) vloga izvajalcev zdravstvene nege med pronacijo intubiranega pacienta in (3) vloga izvajalcev zdravstvene nege pri supinaciji intubiranega pacienta.

Vloga izvajalcev zdravstvene nege pred pronacijo intubiranega pacienta

Pred pronacijo pacienta je treba: (1) opraviti nego oči s sterilno destilirano vodo, aplicirati mazilo ter čez veke nalepiti trak, da oči ostanejo zaprte; (2) opraviti ustno nego, aspiracijo dihalnih poti ter (3) preveriti fiksacijo endotrahealnega tubusa (Parhar et al., 2020; Binda et al., 2021a) in pravilno lego tubusa ter tlak mešička endotrahealnega tubusa (biti mora med 20 in 30 cmH₂O) (Brazier et al., 2022); (4) opraviti aspiracijo želodčne vsebine ter prekiniti enteralno hranjenje (vsaj eno uro pred pronacijo) (Bruni et al., 2020); (5) poskrbeti za primerno fiksacijo vseh žilnih pristopov (osrednji venski kateter, arterijska kanila, dializni kateter), drenov (Chiu et al., 2021) in katetrov (trajni urinski kateter, nazogastrična/orogastrična sonda) (Binda et al., 2021b; Brazier et al., 2022); (6) oceniti stanje kože ter anatomsko občuljive dele telesa zaščiti z oblogami za zmanjševanje nastanka PTT-ja.

Team et al. (2021) izpostavljajo glavne dele telesa, ki jih je pred pronacijo pacienta treba zaščititi in redno pregledovati: čelo, brado, lica, ramena (spredaj), komolce, prsni koš (prsi), genitalije (zlasti pri moških), sprednje medenične kosti, kolena, hrbtno stran stopal in prste ter nos. Za zmanjšanje možnosti nastanka PTT-ja je paciente treba pronirati na ležišču z antidekubitusno blazino (Wiggermann et al., 2020).

Vloga izvajalcev zdravstvene nege med pronacijo intubiranega pacienta

Za izvedbo je treba zagotoviti zadostno število zdravstvenih delavcev (vsaj pet), od katerih mora biti vsaj en zdravnik (Binda et al., 2021a), ki stoji za

pacientom pri glavi, daje navodila, drži endotrahealni tubus, nazogastrično sondo ter osrednji venski kateter (v primeru, da ima pacient vstavljenega v veno jugularis ali subklavijo). Na vsaki strani naj ob pacientu stojita vsaj dva izvajalca zdravstvene nege. V primeru, da ima pacient dodatne drenaže ali katetre (npr. ECMO), je potrebna prisotnost še dodatnega zdravstvenega delavca, ki skrbi za njihov transport. Pred izvedbo je treba pripraviti svežo posteljnino. Pacienta položimo v nevtralen položaj ter odstranimo elektrode na prsnem košu. Primemo ga čim bolj ob telesu in ga nato v celoti prestavimo na rob postelje (Wiggermann et al., 2020), zamenjamo posteljnino in ga dodatno zaščitimo pri obrazu in genitalijah (zaradi izcedkov). Pacienta nato počasi in previdno obrnemo na trebuh (zdravnik nadzira tubus in centralni venski kateter, da se ne zvije oziroma izpade). Prepričamo se, da je pacient na sredini postelje, ter mu pod ramena namestimo vzglavnik ali drugo oporo (s tem se zmanjša pritisk na dihalne poti). Prav tako mu pod čelo namestimo zvitek (prepreči pritisk na glavo in možnost stiska tubusa), glavo obrnemo na stran, roke damo v položaj »plavalca« (dvig ene roke na tisti strani, kamor je obrnjena glava, drugo roko se položi ob telo; dvignjeno roko v ramenu se obrne za 80°, v komolcu pa za 90°), nogo, ki je na strani dvignjene roke, prav tako pokrčimo. Pacienta nato dokončno uredimo (namestitev elektrod, fiksacija drenažnih cevk, katetrov, osrednjega venskega katetra ipd.), podložimo mu roke in noge (ne smejo se dotikati toge strukture ležišča) (Wiggermann et al., 2020). Pacienta je treba namestiti in negovati pri 10° (Brazier et al., 2022).

Vloga izvajalcev zdravstvene nege pri supinaciji intubiranega pacienta

Supinacija (obrat na hrbet) je običajno enostavnejši manever kot pronacija, vendar je za izvedbo kljub temu potrebno enako število zdravstvenih delavcev (vsaj pet, od tega vsaj en zdravnik) (Binda et al., 2021a). Pred supinacijo je treba: (1) opraviti aspiracijo dihalnih poti; (2) preveriti pravilno globino, lego in fiksacijo endotrahealnega tubusa (Brazier et al., 2022);

Tabela 6: Avtorji in značilnosti raziskav, vključenih v analizo**Table 6:** Authors and characteristics of studies included in the analysis

<i>Avtor in država/ Author and country</i>	<i>Vrsta raziskave/ Study type</i>	<i>Namen raziskave/ Study aim</i>	<i>Vzorec/ Sample</i>	<i>Glavne ugotovitve/ Main findings</i>	<i>Hierarhija dokazov/ Hierarchy of evidence</i>
Binda et al., 2021a Italija	Posamezna randomizirana klinična raziskava.	Preučiti vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji intubiranega pacienta s covidom-19.	$n = 89$ pacientov.	Vloga izvajalcev zdravstvene nege temelji na pravilnem nameščanju in spremembi plavalnega položaja z namenom preprečevanja zapletov.	2
Binda et al., 2021b Italija	Posamezna randomizirana klinična raziskava.	Raziskati neželene učinke pronacije in supinacije pri intubiranih pacientih s covidom-19 ter vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri preprečevanju teh zapletov.	$n = 63$ pacientov.	Najpogostejši zapleti pri pronaciji intubiranega pacienta predstavljajo poškodbe tkiva zaradi tlaka [PTT], krvavitev ter odstranitev katetrov in žilnih pristopov. Vloga izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji in supinaciji je zmanjšati možnost za nastanek zapletov.	2
Brazier et al., 2022 Velika Britanija	Pregled opisnih/kvalitativnih raziskav.	Pripraviti protokol, ki točkovno opisuje postopke, ki jih je treba izvesti pred pronacijo in med njo ter pri supinaciji.	$n = 5$ raziskav, ki natančno opisujejo postopek pronacije intubiranega pacienta.	Upoštevanje protokolov, namenjenih pronaciji in supinaciji intubiranih pacientov, lahko olajša delo zdravstvenih delavcev ter zmanjša možnost nastanka zapletov.	5
Bruni et al., 2020 Italija	Posamezna randomizirana klinična raziskava.	Opisati vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri enteralnem hranjenju proniranih intubiranih pacientov.	$n = 241$ intubiranih proniranih pacientov.	Vloga izvajalcev zdravstvene nege je upoštevanje protokolov pri enteralnem hranjenju proniranih pacientov, s čimer se lahko izognejo intoleranci na enteralno hrano.	2
Chiu et al., 2021 Združene države Amerike	Posamična korelacijska ali opazovalna raziskava.	Raziskati vlogo interdisciplinarnega tima pri pronaciji in supinaciji intubiranega pacienta s covidom-19.	$n = 29$ zdravstvenih delavcev, ki so usposobljeni za pronacijo intubiranih pacientov.	Vzpostavitev interdisciplinarnega tima za varno pronacijo in supinacijo intubiranega pacienta je izrednega pomena. Pri izvedbi pronacije in supinacije ima vsak svojo nalogo, ki jo določijo že pred izvedbo.	6
Parhar et al., 2020 Kanada	Mnenje avtorjev.	Opisati način varne pronacije in supinacije intubiranega pacienta s covidom-19.	$n = /$	Avtorji opisujejo deset nasvetov, namenjenih varni izvedbi pronacije in supinacije intubiranega pacienta.	7
Team et al., 2021 Avstralija	Mnenje avtorjev.	Opisati načine preprečevanja nastanka PTT-ja pri proniranih pacientih s covidom-19.	$n = /$	Znanje izvajalcev zdravstvene nege o PTT-ju lahko izboljša kakovost zdravstvene nege teh pacientov ter s tem prepreči možnost za nastanek PTT-ja.	7
Wiggermann et al., 2020 Združene države Amerike	Pregled korelacijskih/opazovalnih raziskav.	Ugotoviti načine za lažjo pronacijo in supinacijo pacienta s covidom-19 s sodobnimi pripomočki in metodami.	$n = 6$ raziskav.	Avtorji ugotavljajo več načinov za lažjo pronacijo in supinacijo intubiranega pacienta, npr. s pomočjo ergonomskih pripomočkov.	3

Legenda/Legend: n – število/number; ARDS – akutni respiratorni distresni sindrom/acute respiratory distress syndrome; PTT – poškodba tkiva zaradi tlaka/pressure injuries

(3) preveriti primerno fiksacijo žilnih pristopov, sond ter ostalih katetrov in/ali drenaž, ki jih ima pacient (Parhar et al., 2020); (4) v primeru, da se pacient hrani enteralno, prekiniti hranjenje in aspirirati

želodčno vsebino (Bruni et al., 2020). Tako kot pri pronaciji zdravnik stoji za pacientom in daje navodila, drži tubus, nazogastrično sondo in osrednji venski kateter (v primeru, da ga pacient ima). Na vsaki strani

postelje stojita vsaj dva izvajalca zdravstvene nege, v primeru dodatnih drenažnih cevk ali katetrov je treba zagotoviti prisotnost še enega zdravstvenega delavca, ki nadzoruje njihov transport. Pripraviti je treba svežo posteljnino. Posteljo namestimo v vodoraven položaj, odstranimo elektrode na hrbtu in poravnamo pacientove okončine. Pacienta primemo čim bolj ob telesu (s posteljnino) in ga v celoti prestavimo na rob postelje, zamenjamo posteljnino, pacienta pa počasi in previdno položimo na hrbet (Wiggermann et al., 2020). Oblog, ki jih pred pronacijo namestimo na pacienta, ne odstranjujemo v primeru, če se bo pronacija ponovno izvajala (razen v primeru, če so se odlepile ali so umazane) (Team et al., 2021). Pacienta nato dokončno uredimo (Brazier et al., 2022).

Diskusija

S pregledom literature smo želeli preučiti vlogo izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji in supinaciji intubiranega pacienta, možne zaplete, ki se ob tem lahko pojavijo, ter ukrepe zdravstvene nege za preprečevanje nastanka nezaželenih zapletov. Ugotavljamo, da avtorji pregledanih raziskav (Parhar et al., 2020; Wiggermann et al., 2020; Binda et al., 2021a, 2021b) v sklopu pronacije in zdravstvene nege izpostavljajo predvsem pomembnost pravilne priprave pacienta pred proniranjem, kontinuiran nadzor ter poznavanje tveganj in zapletov.

Ob pregledu literature smo ugotovili, da so prednostne naloge izvajalcev zdravstvene nege pri obravnavi proniranih pacientov usmerjene v optimizacijo oksigenacije in ventilacije (vključno s pravilnim pozicioniranjem pacienta, endotrahealnega tubusa, vseh kanalov in drenažnih cevk, čiščenja sekrecij) in vzdrževanje hemodinamskega nadzora. Pronirani pacienti potrebujejo analgezijo in sedacijo, nekateri izmed njih tudi mišične relaksante. Zato se ne sme pozabiti ocenjevanja in načrtovanja ustreznega obvladovanja bolečine (Parhar et al., 2020; Wiggermann et al., 2020; Binda et al., 2021a).

S pregledom literature ugotavljamo, da so najpogostejše komplikacije med pronacijo ali takoj po njej desaturacija, ekstubacija, izpad žilnih katetrov in hemodinamska nestabilnost (Gattinoni, Busana, Giosa, Macri, & Quintel, 2019; Parhar et al., 2020). Prav tako avtorji sorodnih raziskav izpostavljajo PTT, poškodbe brahialnega živca (Mitchell & Seckel, 2018), v manjši meri pa tudi hipotenzijo ob vrnitvi v supiniran položaj (Brazier et al., 2022). Avtorji Kim & Mullins (2016) ter Guérin et al. (2018) v manjši meri, vendar zato ne manj pomembno, izpostavljajo edem obraza in oči. S pravilnim podlaganjem, predvsem z uporabo silikonskih pen, ključno pripomoremo k preprečevanju in zmanjšanju poškodb obraza in nastanka PTT-ja. Pravilno pozicioniranje in podlaganje pacienta lahko zmanjša tudi tveganje za nevrološke poškodbe, ki izvirajo iz poškodb brahialnega živca (Quan Le et al.,

2020). Ker naj bi se plavalni položaj (pokrčena roka in noga ter obrnjena glava) pacienta menjaval na dve uri, težavo predstavlja tudi omejen dostop do osrednjih venskih katetrov, ki so najpogostejše vstavljeni v levo ali desno veno jugularis. Pri tem mora biti izvajalec zdravstvene nege pozoren na prehodnost žilnih kanalov in nemoteno dovajanje zdravil (Ghelichkhani & Esmaeili, 2020).

Izvajalec zdravstvene nege mora razmišljati tudi o posebnih okoliščinah, ki vplivajo na pronacijo pacienta. Ena takih je debelost, ki predstavlja velik izziv. Pri tem se za pronacijo uporabljajo za to namenjene ustrezne blazine, ki se namestijo pod prsni koš in medenico pacienta (Parhar et al., 2020). Specifičnost pronacije je tudi kardiopulmonalni zastoj, kjer izvajalec zdravstvene nege prične s stisi prsnega koša v proniranem položaju, medtem ko čaka dodatno pomoč pri supinaciji (Costa, Nunes, & Scudeler, 2021). Omeniti je treba tudi pomen enteralnega hranjenja proniranih pacientov. Optimizacija vnosa hrane namreč vpliva na zmanjšanje razvoja novih infekcij, kar posledično zmanjšuje umrljivost. Izvajalci zdravstvene nege morajo spremljati volumen hrane, ki se daje, in ob tem biti pozorni na aspiracijo, bruhanje, zatekanje hrane in moteno gibljivost črevesja z nepopolnim izpraznjenjem želodca (Saez de la Fuente et al., 2014; Bruni et al., 2020).

Med epidemijo covid-19 se pronacijo izvaja kot eno izmed prvih strategij pri pacientih z ARDS-om. Naloga institucij in izvajalcev je ureditev posebnih protokolov, ki pomagajo pri odločitvah in izvajanju ter zmanjševanju pojavljanja zapletov. Protokol pronacije bi moral po mnenju Guérina et al. (2018) vsebovati natančna navodila o pravilni in varni pronaciji in supinaciji pacienta. Kot navajajo Binda et al. (2021a), se je prav v tem času močno povečala delovna obremenitev izvajalcev zdravstvene nege, zato so v takšne intervencije vključeni tudi tisti, ki zanje niso ustrezno usposobljeni. Protokoli bi na hiter način zmanjšali vrzeli v znanju in zagotovili kakovostno obravnavo. Zanimiv predlog v sklopu organizacijske politike so podali Parhar et al. (2020): pronacija naj se, kadar je to mogoče, izvaja čim bolj načrtovano. To v praksi pomeni, da se paciente obrne na trebuh v dopoldanski izmeni, ko je zdravstvenih delavcev največ. Ker se velikokrat pronacija izvaja štiriindvajset ur, tako ponovno okrepljena dopoldanska ekipa izvede supinacijo pacienta. Takšen način lahko olajša pronacijo v času epidemije, saj lahko isti člani zdravstvenega tima zaporedno izvedejo pronacijo pri več pacientih. Mnogo avtorjev (Parhar et al., 2020; Wiggermann et al., 2020; Brazier et al., 2022) priporoča, da pronacijo izvaja minimalno pet članov tima, v primeru težjega pacienta pa tudi več.

Med omejitve raziskave zaradi vključitvenih kriterijev spada možen izpust nekaterih pomembnih raziskav. Prav tako sta pregled literature izvedla le dva raziskovalca. Glede na izveden pregled literature opazimo, da so

zapleti oziroma bolje rečeno spremljajoče okoliščine, kakršni sta obrazni in očesni edem, premalo raziskani. V prihodnje bi bilo prav tako smiselno izvesti raziskavo, s katero bi podrobneje preučili zaplete dolgotrajne pronacije (več kot 24 ur) ter vpliv menjave plavalnega položaja za preprečevanje teh zapletov.

Zaključek

V raziskavi smo ugotovili, da imajo izvajalci zdravstvene nege pri pronaciji in supinaciji intubiranega pacienta pomembno vlogo, saj morajo poleg zahtevne praktične izvedbe poznati in predvideti vse možne zaplete. S pregledom literature smo izpostavili najpogostejše zaplete pronacije in supinacije, obenem pa preučili kontinuiteto zdravstvene nege intubiranega pacienta v proniranem položaju. Bistveno je vedeti, kateri zapleti se lahko pojavijo ob pronaciji in supinaciji pacienta in kako ukrepati v posameznih primerih. Izvajalci zdravstvene nege s strokovnim znanjem in izkušnjami pa so lahko proaktivni pri sami izvedbi pronacije in supinacije.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje ali soglasje Komisije za medicinsko 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

Avtorja sta enakovredno prispevala k izvedbi in oblikovanju članka. Prvi in drugi avtor sta skupaj načrtovala raziskavo, interpretirala podatke ter pripravila osnutek članka. Prvi avtor je napisal teoretični del uvoda. Avtorja sta v bazi podatkov iskala ustrezne članke in jih izločila glede na izključitvene kriterije. Metode je napisal drugi avtor. Prvi avtor je v rezultatih natančneje predstavil vključene članke ter jih razvrstil v posamezne kategorije. Drugi avtor je napisal diskusijo in odgovoril na raziskovalno vprašanje. Prvi in drugi avtor sta skupaj napisala zaključek./The authors equally contributed to the implementation and design of the article. The first and second author designed the study, interpreted the data, and prepared the first draft. The first author wrote

the theoretical part of the Introduction. The authors searched for relevant articles in the database and excluded them according to the exclusion criteria. The second author wrote the Methodology. The first author presented the included articles in more detail in the Results and classified them into individual categories. The second author wrote the Discussion and answered the research question in the Discussion. The first and second author wrote the Discussion together.

Literatura

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIR manual for evidence synthesis*. Retrieved October 2, 2022 from <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>

Binda, F., Galazzi, A., Marelli, F., Gambazza, S., Villa, L., Vinci, E. ... Laquintana, D. (2021b). Complications of prone positioning in patients with COVID-19: A cross-sectional study. *Intensive & Critical Care Nursing*, Article 103088. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103088> PMID:34244027; PMCID:PMC8166520

Binda, F., Marelli, F., Galazzi, A., Pascuzzo, R., Adamini, I., & Laquintana, D. (2021a). Nursing management of prone positioning in patients with COVID-19. *Critical Care Nurse*, 41(2), 27–35. <https://doi.org/10.4037/ccn2020222> PMID:33341885

Brazier, D. E., Perneta, N., Lithander, F. E., & Henderson, E. J. (2022). Prone positioning of older adults with COVID-19: A brief review and proposed protocol. *The Journal of Frailty & Aging*, 11, 115–120. <https://doi.org/10.14283/jfa.2021.30> PMID:35122099; PMCID:PMC8384102

Bruni, A., Garofalo, E., Grande, L., Auletta, G., Cubello, D., Greco, M. ... Longhini, F. (2020). Nursing issues in enteral nutrition during prone position in critically ill patients: A systematic review of the literature. *Intensive & Critical Care Nursing*, 60, Article 102899. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102899> PMID:32641217

Caputo, N. D., Strayer, R. J., & Levitan, R. (2020). Early self-proning in awake, non-intubated patients in the emergency department: A single ED's experience during the covid-19 pandemic. *Academic Emergency Medicine*, 27(5), 375–378. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102899> PMID:32320506; PMCID:PMC7264594

Chiu, M., Goldberg, A., Moses, S., Scala, P., Fine, C., & Ryan, P. (2021). Developing and implementing a dedicated prone positioning team for mechanically ventilated ARDS patients during the COVID-19 crisis. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(6), 347–353. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.02.007> PMID:33736966; PMCID:PMC7907735

- Costa, L., Nunes, R., & Scudeler, T. (2021). Cardiopulmonary resuscitation in prone position. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 34(3), 315–318.
<https://doi.org/10.36660/ijcs.20200091>
- Elharrar, X., Trigui, Y., Dolg, A.-M., Touchon, F., Martinez, S., Prud'homme, E., & Papazian, L. (2020). Use of prone positioning in nonintubated patients with COVID-19 and hypoxemic acute respiratory failure. *JAMA*, 323(22), 2336–2338.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.8255>
PMid:3241258;1 PMCID:PMC7229532
- Gattinoni, L., Busana, M., Giosa, L., Macri, M.-M., & Quintel, M. (2019). Prone positioning in acute respiratory distress syndrome. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 40(1), 94–100.
<https://doi.org/10.1055/s-0039-1685180>
PMid:31060091
- Ghelichkhani, P., & Esmaeili, M. (2020). Prone position in management of COVID-19 patients: A commentary. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 8(1), 48.
PMid:32309812
- Grasselli, G., Tonetti, T., Protti, A., Langer, T., Girardis, M., Bellani, G. ... Ranieri, V.-M. (2020). Pathophysiology of COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome: A multicentre prospective observational study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(12), 1201–1208.
[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30370-2](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30370-2)
PMid:32861276
- Guérin, C., Beuret, P., Constantin, J.-M., Bellani, G., Garcia-Olivares, P., Roca, O. ... Mercat, A. (2018). A prospective international observational prevalence study on prone positioning of ARDS patients: The APRONET (ARDS prone position network) study. *Intensive Care Medicine*, 44(1), 22–37.
<https://doi.org/10.1007/s00134-017-4996-5>
PMid:29218379
- Guérin, C., Reignier, J., Richard, J.-C., Beuret, P., Gacouin, A., Boulain, T. ... Ayzac, L. (2013). Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *The New England journal of Medicine*, 268(23), 2159–2168.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1214103>
PMid:23688302
- Hadaya, J., & Benharash, P. (2020). Prone positioning for acute respiratory distress syndrome (ARDS). *JAMA*, 324(13), Article 1361.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.14901>
PMid:32821908
- Hajjar, L. A., Costa, I. B. S. da S., Rizk, S. I., Biselli, B., Gomes, B. R., Bittar, C. S. ... Landoni, G. (2021). Intensive care management of patients with COVID-19: A practical approach. *Annals of Intensive Care*, 11(1), 1–17.
<https://doi.org/10.1186/s13613-021-00820-w>
PMid:33604873; PMCID:PMC7891474
- Hui, D. S., Chow, B. K., Lo, T., Tsang, O. T. Y., Ko, F. W., Ng, S. S. ... Chan, M. T. V. (2019). Exhaled air dispersion during high-flow nasal cannula therapy versus CPAP via different masks. *The European Respiratory Journal*, 53(4), Article 1802339.
<https://doi.org/10.1183/13993003.02339-2018>
PMid:30705129
- Kim, R., & Mullins, K. (2016). Preventing facial pressure ulcers in acute respiratory distress syndrome (ARDS). *Journal of Wound, Ostomy, and Continence*, 43(4), 427–429.
<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000247>
PMid:27391293
- Langer, T., Brioni, M., Guzzardella, A., Carlesso, E., Cabrini, L., Castelli, G. ... Grasselli, G. (2021). Prone position in intubated, mechanically ventilated patients with COVID-19: A multi-centric study of more than 1000 patients. *Critical Care*, 25(1), Article 128.
<https://doi.org/10.1186/s13054-021-03552-2>
PMid:33823862; PMCID:PMC8022297
- Marini, J. J., & Fattinoni, L. (2020). Management of COVID-19 respiratory distress. *JAMA*, 323(22), 2329–2330.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.6825>
PMid:32329799
- Mathews, K. S., Soh, H., Shaefi, S., Wang, W., Bose, S., Coca, S. ... Leaf, D. E. (2021). Prone positioning and survival in mechanically ventilated patients with coronavirus disease 2019-related respiratory failure. *Critical Care Medicine*, 49(7), 1026–1037.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004938>
PMid:33595960; PMCID:PMC8277560
- Menzella, F., Barbieri, C., Fontana, M., Scelfo, C., Castagnetti, C., Ghidoni, G. ... Facciolo, N. (2021). Effectiveness of noninvasive ventilation in COVID-19 related-acute respiratory distress syndrome. *The Clinical Respiratory Journal*, 15(7), 779–787.
<https://doi.org/10.1111/crj.13361>
PMid:33728822; PMCID:PMC8251172
- Mitchell, D. A., & Seckel, M. A. (2018). Acute respiratory distress syndrome and prone positioning. *AACN Advanced Critical Care*, 29(4), 415–425.
<https://doi.org/10.4037/aacnacc2018161>
PMid:30523012
- Munshi, L., Fralick, M., & Fane, E. (2020). Prone positioning in non-intubated patients with COVID-19: Raising the bar. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(8), 744–745.
[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30269-1](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30269-1)
PMid:32569584
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article n71.
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
PMid: 33782057; PMCID: PMC8005924

- Parhar, K. K. S., Zuege, D. J., Shariff, K., Knight, G., & Bagshaw, S. M. (2020). Prone positioning for ARDS patients: Tips for preparation and use during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 68(4), 541–545. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01885-0> PMid:33367994; PMCID:PMC7759020
- Paul, V., Patel, S., Royse, M., Odish, M., Malhotra, A., & Koenig, S. (2020). Prone positioning in non-intubated (PNI) in times of COVID-19: Case series and a review. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(8), 818–824. <https://doi.org/10.1177/0885066620934801> PMid:32633215; PMCID:PMC7394050
- Polit, D., & Beck, C. (2020). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Quan Le, M., Rosales, R., Shapiro, L. T., & Huang, L. Y. (2020). The down side of prone positioning. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 99(10), 870–872. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001530> PMid:32657818; PMCID:PMC7375183
- Saez de la Fuente, I., Saez de la Fuente, J., Quintana Estelles, M. D., Garcia Gigorro, R., Terceros Almanza, L. J., Sanchez Izquierdo, J. A., & Montejo Gonzales, J. C. (2014). Enteral nutrition in patients receiving mechanical ventilation in a prone position. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 40(2), 250–255. <https://doi.org/10.1177/0148607114553232> PMid:25274497
- Scaravilli, V., Grasselli, G., Castagna, L., Zanella, A., Isgro, S., Lucchini, A. ... Pesenti, A. (2015). Prone positioning improves oxygenation in spontaneously breathing nonintubated patients with hypoxemic acute respiratory failure: A retrospective study. *Journal of Critical Care*, 30(6), 1390–1394. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.07.008> PMid:26271685
- Shimizu, M., Fujii, H., Yamawake, N., & Nishizaki, M. (2015). Cardiac function changes with switching from the supine to prone position: Analysis by quantitative semiconductor gated single-photon emission computed tomography. *Journal of Nuclear Cardiology*, 22(2), 301–307. <https://doi.org/10.1007/s12350-014-0058-3> PMid:25614336
- Team, V., Jones, A., & Weller, C. D. (2021). Prevention of hospital-acquired pressure injury in COVID-19 patients in prone position. *Intensive and Critical Care Nursing*, Article 103142. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103142> PMid:34736831; PMCID:PMC8418919
- Tezcan, B., Turan, S., & Özgök, A. (2019). Current use of neuromuscular blocking agents in intensive care units. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*, 47(4), 273–281. <https://doi.org/10.5152/TJAR.2019.33269> PMid:31380507; PMCID:PMC6645848
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12048> PMid:23480423
- Wax, R. S., & Christian, M. D. (2020). Practical recommendations for critical care and anesthesiology teams caring for novel coronavirus (2019-nCoV) patients. *Canadian Journal of Anesthesia*, 67(5), 568–576. <https://doi.org/10.1007/s12630-020-01591-x> PMid:32052373; PMCID:PMC7091420
- Weiss, T. T., Cerda, F., Scott, J. B., Kaur, R., Sungurlu, S., Mirza, S. H. ... Li, J. (2020). Prone positioning for patients intubated for severe acute respiratory distress syndrome (ARDS) secondary to COVID-19: A retrospective observational cohort study. *British Journal of Anaesthesia*, 126(1), 48–55. <https://doi.org/10.1012/j.bja.2020.09.042> PMid:33158500; PMCID:PMC7547633
- Whittle, J. S., Pavlov, I., Sacchetti, A. D., Atwood, C., & Rosenberg, M. S. (2020). Respiratory support for adult patients with COVID-19. *Journal of the American College of Emergency Physicians open*, 1(2), 95–101. <https://doi.org/10.1002/emp2.12071> PMid:32427171; PMCID:PMC7228246
- Wiggermann, N., Zhou, J., & Kumpar, D. (2020). Prone positioning patients with COVID-19: A review of equipment and methods. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 62(7), 1069–1076. <https://doi.org/10.1177/0018720820950532> PMid:32845730; PMCID:PMC7586000
- Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Xia, J., Zhou, X., Xu, S. ... Song, Y. (2020). Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*, 180(7), 934–943. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994> PMid:32167524; PMCID:PMC7070509

Citirajte kot/Cite as:

Halec, B., & Tisaj, E. (2023). Vloga izvajalcev zdravstvene nege pri pronaciji in supinaciji intubiranega pacienta s hudim akutnim respiratornim sindromom koronavirus-2: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(1), 32–42. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.1.3155>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Doživljanje neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah: integrativni pregled literature

Nurses experiencing missed nursing care: An integrative literature review

Mateja Bahun^{1, *}, Helena Jeriček Klanšček^{1, 2}

Ključne besede: duševno počutje; psihično počutje; stres; opuščenost; neopravljena; racionalizacija

Key words: emotional well-being; psychological well-being; stress; omitted; missed; rationalisation

¹ Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

² Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

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

IZVLEČEK

Uvod: Stiske zaradi zdravstvene nege, ki ostaja zaradi različnih razlogov neizvedena, so pri medicinskih sestrah pogosto spregledane in neprepoznane. Namen integrativnega pregleda literature je pregledati najnovejše raziskave, ki opisujejo, kako se neizvedena zdravstvena nega izraža na duševnem počutju medicinskih sester.

Metode: Uporabili smo integrativni pregled literature, izveden v skladu s PRISMA smernicami v podatkovnih bazah PubMed, CINAHL, Wiley, COBISS.SI in Google Učenjak. Potek iskanja in analize literature je prikazan s pomočjo PRISMA diagrama. Zadetke smo razvrstili glede na raven dokazov. Uporabili smo tematsko analizo vsebine.

Rezultati: Skupaj je bilo identificiranih 175 in v končno analizo vključenih 11 virov. Identificirano je bilo 96 kod združenih v 4 kategorije: (1) Telesno, duševno in čustveno počutje, (2) Moralno etične dileme, (3) Sprejemanje odločitev pri delu – prilagajanje, (4) Poklicne in osebne vrednote.

Diskusija in zaključek: Neizvedena zdravstvena nega je za medicinske sestre pomemben izvor stiska in stresa, saj zaradi neizvajanja vseh potrebnih aktivnosti v zdravstveni negi prihajajo v neskladje s svojimi osebnimi in poklicnimi vrednotami. Naši rezultati dodajajo vsebinski kontekst in boljše razumevanje posledic neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah. Vsakodnevno odločanje, katere aktivnosti bo potrebno izpustiti, vpliva ne samo na slabše počutje, nezadovoljstvo in izgorelost, ampak celo na zapuščanje delovnih mest in poklica.

ABSTRACT

Introduction: Stress related to nursing care that is missed for a variety of reasons is often overlooked and unrecognized. The purpose of integrative literature review is to review the latest research that examines how missed nursing care is reflected in nurses' mental well-being.

Methods: We used integrative literature review conducted according to PRISMA guidelines in the databases PubMed, CINAHL, Wiley, COBISS.SI and Google Scholar. The process of searching and analyzing the literature is shown using a PRISMA diagram. The results were sorted according to the level of evidence. A thematic content analysis was used.

Results: A total of 175 sources were identified and 11 were included in the final analysis. 96 codes were identified and grouped into 4 categories: (1) Physical, mental and emotional well-being, (2) Moral and ethical dilemmas, (3) Decision making at work - adaptation, (4) Professional and personal values.

Discussion and conclusion: Missed nursing care is an important source of distress and stress for nurses as due to not being able to perform all the necessary activities in nursing, they come into conflict with their personal and professional values. Our results add a substantive context and a better understanding of the consequences of missed nursing care in nurses. Daily decision-making of which activities will be omitted affects not only the nurses' well-being, dissatisfaction and burn-out, but also contribute to the decision to leave their job position or profession.



Prejeto/Received: 31. 3. 2021
Sprejeto/Accepted: 2. 1. 2023

© 2023 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

Neizvedena zdravstvena nega je koncept, ki se pojavlja v zdravstveni negi po vsem svetu (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009; Kalisch & Xie, 2014; Jones, Hamilton, & Murry, 2015; Srulovici & Drach-Zahavy, 2017; Park, Hanchet, & Ma, 2018). Dejavniki v delovnem okolju, ki pripeljejo do neizvedene zdravstvene nege, kot na primer število pacientov na medicinsko sestro in zahtevnost njihove oskrbe, notranja organizacija dela medicinskih sester in timsko delo so dobro raziskani, saj rezultati neposredno vplivajo na varnost pacientov ter vodijo v neželene izide zdravstvene oskrbe (Ausserhofer et al., 2014; Aiken et al., 2017; Recio-Saucedo et al., 2018; Zeleníková et al., 2019; Mandal, Seethalakshmi, & Rajendrababu, 2019; Bahun & Skela Savič, 2021). Manj je raziskano, kako medicinske sestre to doživljajo in kakšne posledice ima neizvedena zdravstvena nega pri medicinskih sestrah.

Začetki koncepta neizvedene zdravstvene nege izhajajo iz leta 2006, ko je avtorica Kalisch (2006) začela raziskovati to tematiko, najprej s kvalitativno raziskavo med medicinskimi sestrami. Je prva, ki je opisala povezavo med neizvedeno zdravstveno nego in moralno stisko medicinskih sester, ki so izrazile visoko stopnjo obžalovanja, krivde in razočaranja, ker niso mogle dokončati celotne oskrbe svojih pacientov. Leta 2007 je Schubert et al. (2007) v svojem konceptualnem modelu opisala različne izide pri medicinskih sestrah, ki jih opredeli kot izide pri njihovem zdravju, zadovoljstvu in pripadnosti organizaciji. Kasneje pa v modelih neizvedene zdravstvene nege drugi avtorji natančneje opredelijo še: nezadovoljstvo z delom, fluktuacijo, namero po odhodu, izgorelost in stres. Glede na vrsto, trajanje in intenzivnost dražljaja, lahko stres na telo deluje različno, od sprememb v homeostazi do življenjsko nevarnih učinkov, zato imajo osebe, ki delajo ali živijo v stresnem okolju, večjo verjetnost številnih zdravstvenih težav in motenj (Yaribeygi, Panahi, Sahraei, Johnston, & Sahebkar, 2017). Stres, kot pomembno posledico nezmožnosti izvedbe zdravstvene oskrbe zaradi organizacijskih omejitev, sta že dolgo nazaj opredelila Orrock & Lawler (2008), ki sta pojav imenovala »zlomljen jaz« zaradi spopada med moralnim vidikom zdravstvene nege kot skrbstvenega poklica in ideologije zahodnih zdravstvenih sistemov. McCarthy & Deady (2008) sta trdila, da medicinske sestre doživljajo moralno stisko in izgorelost, kar vodi do tega, da jim ni več mar za neizvedeno zdravstveno nego, ker nimajo več čustvene zmožnosti za to. Ugotavljala sta tudi, da medicinske sestre, ki doživljajo moralno stisko, sprejemajo osebne odločitve za to, da spremenijo okoliščine in zmanjšajo svojo moralno stisko, bodisi z odpovedjo, skrajšanim delovnim časom ali zamenjavo oddelka.

Že McDaid (2008) opozarja, da je stres na delovnem mestu eden največjih zdravstvenih in varnostnih izzivov v Evropi in je med drugim posledica neskladja

med visokimi zahtevami na delovnem mestu ter posameznikovo nezmožnostjo izpolnjevanja teh zahtev. Delovna okolja z velikimi delovnimi obremenitvami vplivajo na duševno in fizično zdravje medicinskih sester zaradi stresa, ki ga povzroča preobremenjenost z delom, nizek poklicni status, slabi odnosi na delovnem mestu in težave s profesionalno vlogo (Park et al., 2018). Večinoma se raziskuje zdravstvene izide pri pacientih in organizacijske izide, ki so posledica neizvedene zdravstvene nege, pri medicinskih sestrah pa predvsem raziskujejo nezadovoljstvo, namero po odhodu in izgorelost, ter vidik neizvedene zdravstvene nege kot posledice stresa na delovnem mestu. Precej manj je raziskav, ki bi raziskovale, kako stresna je za medicinske sestre neizvedena zdravstvena nega in kakšne posledice ima pri medicinskih sestrah, ki so v tako vedenje primorane.

Namen in cilji

Namen integrativnega pregleda literature je bil pregledati raziskave s področja neizvedene zdravstvene nege in ugotoviti in opisati doživljanje medicinskih sester, ko zaradi različnih razlogov ne morejo izvesti zdravstvene nege oziroma je izvesti v celoti. Cilj je identificirati posledice neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah. S tem namenom smo razvili raziskovalno vprašanje: Kako se neizvedena zdravstvena nega izraža na duševnem počutju medicinskih sester?

Metode

Izveden je bil integrativni pregled znanstvene literature z uporabo tematske analize vsebine (Aveyard, 2018).

Metode pregleda

Integrativni pregled literature smo izvedli v obdobju od sredine februarja do začetka maja 2021. Iskali smo v podatkovnih bazah CINAHL, PubMed in Wiley, ter pregledali prvih 10 strani zadetkov v Google učenjaku. Po osmih straneh zadetkov se je povezanost zadetkov z izbrano temo začela oddaljevati, pregledali smo zadetke do desete strani, kjer ni bilo več zadetkov povezanih s tematiko, zato smo s pregledom končali. Uporabili smo Boolov logični operator OR za kombinacijo besednih zvez, ki v tuji literaturi opredeljujejo neizvedeno zdravstveno nego »*missed nursing care*«, »*unfinished nursing care*«, »*implicit rationing*«, »*care left undone*« ter Boolov logični operator AND za »*stress*« in »*nurse outcomes*«. Slovensko literaturo smo iskali v podatkovni bazi Cobiss s ključnima besednima zvezama: »neizvedena zdravstvena nega« in »nedokončana zdravstvena nega«. Uporabili smo vključitvene kriterije: kvalitativna ali mešana raziskovalna metoda, članki objavljeni v zadnjih 10. letih, angleški in slovenski jezik, dostopno celotno

besedilo in recenzirane publikacije. Pregled zadetkov je potekalo v treh krogih. V prvem krogu smo izločili zadetke po branju naslova, v drugem je sledilo branje izvlečka, v zadnjem krogu pa smo brali celotno vsebino člankov, ter tako oblikovali končni izbor.

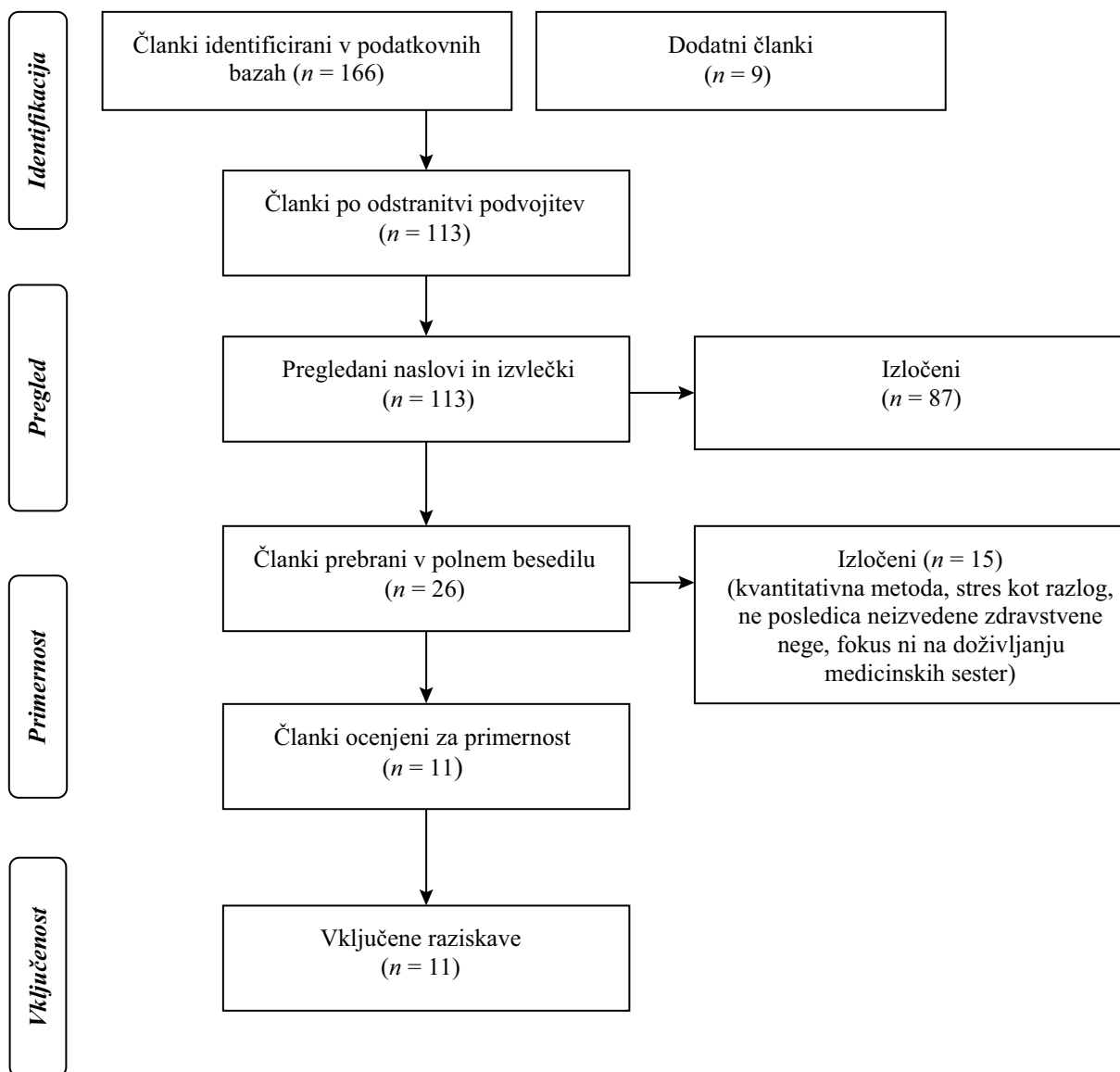
Rezultati pregleda

Skupno smo identificirali 175 zadetkov, od tega smo jih 166 našli z iskanjem po bazah podatkov, dodatnih devet zadetkov pa smo našli na Google učenjaku in preko pregleda literature primarnih virov. Izbor kvalitativnih raziskav smo izvedli ročno v prvem

pregledu med pregledom naslovov in izvlečkov. Proces izbire člankov je prikazan s pomočjo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009) diagrama (Slika 1).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Izbrani članki so po avtorjih Polit & Beck (2018) razdeljeni glede na hierarhijo dokazov (Tabela 1). Vključili smo osem raziskav na nivoju posamičnih poglobljenih kvalitativnih raziskav ter tri preglede literature na nivoju sistematičnih pregledov dokazov.



Slika 1: Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA

Figure 1: Results of the literature review based on the PRISMA method

Tabela 1: Hierarhija dokazov**Table 1: Hierarchy of evidence**

<i>Izbrani članki razdeljeni po hierarhiji dokazov/Selected articles listed according to hierarchy of evidence</i>
Nivo 1 - SISTEMATIČNI PREGLED DOKAZOV ($n = 3$)
Nivo 2 - POSAMIČNE RANDOMIZIRANE KONTROLIRANE RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 3 - POSAMIČNE NERANDOMIZIRANE RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 4 - POSAMIČNE PROSPEKTIVNE/KOHORTNE RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 5 - POSAMIČNE »PRIMER- KONTROLA« RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 6 - POSAMEZNE PRESEČNE RAZISKAVE ($n = 0$)
Nivo 7 - POSAMIČNE POGLOBLJENE KVALITATIVNE RAZISKAVE ($n = 8$)
Nivo 8 - MNENJE STROKOVNJAKOV, POROČILA PRIMEROV ($n = 0$)

Rezultati

Tabela 2 prikazuje raziskave, ki smo jih identificirali, s podatki o avtorjih, raziskovalnem dizajnu, cilju raziskave, vzorcu in ključnih ugotovitvah o doživljanju medicinskih sester ob soočanju z neizvedeno zdravstveno nego.

Identificirali smo 96 kod, ki smo jih združili v štiri vsebinske kategorije, in sicer: (1) Telesno, duševno in čustveno počutje (2) Moralno etične dileme, (3) Sprejemanje odločitev pri delu, (4) Poklicne in osebne vrednote (Tabela 3).

Diskusija

Z integrativnim pregledom literature smo želeli raziskati, kako se neizvedena zdravstvena nega izraža na duševnem počutju medicinskih sester. Ena od štirih posledic neizvedene zdravstvene nege, ki jo izpostavljajo Harvey et al., (2018) je poleg pacienta, ki je izpostavljen tveganju za klinično poslabšanje; delovne organizacije, ki se zanaša na kakovost izvajanja oskrbe; pravnih posledic za poklicno prakso medicinskih sester; tudi čustveni stres, ki ga medicinska sestra občuti zaradi nedoseganja zelenega standarda oskrbe. Z našim pregledom literature smo osvetlili doživljanje stresa, čustveno počutje, kognitivne in vedenjske vidike doživljanja neizvedene zdravstvene nege. Malo je kakovostnih raziskav, ki bi raziskovale občutke medicinskih sester, ki so povezane z njihovo profesionalno vlogo in nezmožnostjo izvesti aktivnosti, kot od njih zahtevajo profesionalni standardi ter pričakujejo pacienti. Ugotavljamo, da se medicinske sestre soočajo s stresom na različnih ravneh in z njegovimi negativnimi posledicami, kajti vsakodnevno sprejemajo odločitve pri delu o tem, katere aktivnosti bodo opustile, zato prihajajo v neskladje s svojimi osebnimi in poklicnimi vrednotami, kar pušča posledice na telesnem, duševnem in čustvenem počutju, razmišljanju in nenazadnje vedenju.

Dolgotrajen oziroma kronični stres brez rešitev

ima različne negativne učinke na zaposlene. Učinki se lahko kažejo na telesnem in duševnem zdravju, kogniciji ter vedenju. Kratkotrajni stres sam po sebi ne predstavlja nujno škode za zdravje, vendar, pa dolgotrajni stres vodi do škodljivih fizičnih in čustvenih posledic (International Labour Organization 2016; Saleh, Eltahlawy, & Amer, 2016). Stresni hormoni na primer privedejo do motenj v pozornosti, spominu in obdelavi čustev (Lupien, Juster, Raymond, & Marin, 2018), v kognitivnih procesih (Domes & Frings, 2020) in pripomorejo k razvoju telesnih bolezni in duševnih motenj (McEwen, 2000). Simptomi stresa so običajno opredeljeni na štirih generalnih ravneh (telesno, čustveno, vedenjsko, kognitivno) in kategorije, ki smo jih mi identificirali se s tem skladajo, pri čemer prihaja do prekrivanja oziroma kombinacij več ravni.

Kategorija Sprejemanje odločitev pri delu opisuje prilagajanje vedenja kot odziv na vsakodnevno doživljanje medicinskih sester. Raziskave omenjajo zavedno oziroma nezavedno postavljanje prioritet v delu, vsakodnevne odločitve o tem, katero delo se bo opustilo ali racionaliziralo, ter celo razmišljanje o postavitvi minimalnih standardov namesto stremljenja k doseganju standardov odlične zdravstvene nege (Bentzen et al., 2013; Sundin et al., 2014; Papastavrou, Andreou, & Vryonides, 2014; Harvey et al., 2018; Harvey et al., 2020a).

Medicinske sestre se soočajo z dvomi o vrednotah, ki jih vodijo v vsakodnevem poklicnem delu (Bentzen et al., 2013), soočajo se s konflikti v razumevanju svoje profesionalne vloge (Jones et al., 2015), razmišljajo o svojih dejanjih, dvomijo v svoje odločitve in imajo občutek, da niso zveste svojim profesionalnim idealom in pričakovanjem (Sundin et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Suhonen et al., 2018). Tu se v kategoriji Poklicne in osebne vrednote prepletajo kognitivne, čustvene in vedenjske komponente.

Kategorija Telesno, duševno in čustveno počutje naslavlja telesno in čustveno komponento simptomov stresa. Zaradi obremenitev na delovnem mestu medicinske sestre preganjajo občutki strahu, da so kaj pozabile narediti ali da so delo opravile površno

Tabela 2: Avtorji, raziskovalni dizajn, cilj raziskave, vzorec in ključne ugotovitve vključenih raziskav
Table 2: Authors, research design, research objective, sample and key findings of included research

<i>Avtor, država/ Author, Country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/Research design</i>	<i>Cilj raziskave/ Research objective</i>	<i>Vzorec/ Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve/ Key findings</i>
Bentzen, Harsvik, & Brinchmann, 2013 Norveška	Kvalitativna raziskava s fokusnimi skupinami	Raziskati kako medicinske sestre doživljajo etične vrednote izražene v vsakodnevni praksi v bolnišnici.	20 medicinskih sester	Medicinske sestre so pripovedovale o visokem delovnem pritisku, prioritetah, nihajoči kakovosti in včasih o pomanjkanju varnosti. Doživele so, da so vrednote »izginile«, oziroma postale nepomembne zaradi postavljanja prioritete pri osnovnih potrebah pacientov. Kot rezultat njihove delovne situacije so se počutile frustrirane, izčrpane in v skrbeh, da bi postale površne. Opisujejo stalno slabo vest in občutek nezadostnosti. Prilagoditi so se morale resničnosti, kar v njih ustvari stanje, ki se ga lahko razume kot moralno stisko.
Harvey et al., 2018 Nova Zelandija	Mešane metode s kritično analizo diskurza, vzorec nerandomiziran	Raziskati kako se medicinske sestre odločajo, da bodo ZN racionalizirale ali opustile v stroškovno naravnanim kliničnem okolju.	400 medicinskih sester	Medicinske sestre svojih odgovornosti pri odločanju, katero oskrbo naj opustijo ali odložijo, oskrbe ne opuščajo zlahka, temveč se njihove prednostne naloge osredotočajo na pacienta in organizacijo, zato rezultate pogosto dosežejo z dokončanjem dela po zaključku izmene. Počutijo se, da slabo opravljajo delo, se obremenjujejo in so v stresu, ker je delo težko izvesti pravilno glede na vse obremenitve, dan se konča s strahom, da so kaj pozabile narediti. Obstaja napetost med željo da izvedejo ZN in omejitvami, s katerimi se srečujejo.
Harvey et al., 2020a Nova Zelandija	Mešane metode	Raziskati odločanje medicinskih sester o tem, kdaj ZN odložiti, predati kolegom ali pustiti neizvedeno in kako te odločitve vplivajo na njih.	45 medicinskih sester v kvalitativnem delu	Medicinske sestre so opisale kratkoročni in dolgoročni vpliv, ki ga ima nanje racionaliziranje ZN zaradi velikih delovnih obremenitev. Opisujejo težave in s tem povezano krivdo zaradi odsotnosti ali bolniške odsotnosti, kadar na oddelkih primanjkuje osebja. Konzistentno so poročale o stresu, ker niso mogle dokončati oskrbe pacientov.
Harvey et al., 2020b Avstralija	Kvalitativna raziskava s poglobljenimi intervjuji	Raziskati kako medicinske sestre, ki opustijo ZN pacientov, to usklajujejo s svojim občutkom za profesionalnost.	4 medicinske sestre	Opisana je neskladnost, ki jo doživljajo medicinske sestre, ker ne morejo opraviti dela, za katerega so zaposlene, izobražene in licencirane, ter zaradi pomanjkanja avtonomije in moči, da bi kar koli spremenile. Izpostavljena je tesnoba, ki so jo imele pri sprejemanju odločitev, da bodo prednostno izpolnile zahtevane organizacijske cilje pred kliničnimi in poklicnimi odgovornostmi za zagotavljanje ustrezne oskrbe pacientov. Izpostavljene so bile štiri ključne teme, ki opisujejo izkušnje medicinskih sester, ki usklajujejo svoje delo: ogrožena oskrba pacienta; neskladje med poklicnimi standardi in organizacijskimi viri; čustvena izčrpanost in depersonalizacija.
Jones et al., 2015 /	Pregled literature	Raziskati kako je neizvedena ZN povezana z izidi pri medicinskih sestrah.	54 raziskav	Medicinske sestre so poročale o tem, da je neizvedena ZN povzročila moralno stisko, konflikt v razumevanju svoje vloge in obremenitev.

Se nadaljuje/Continues

<i>Avtor, država/ Author, Country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/Research design</i>	<i>Cilj raziskave/ Research objective</i>	<i>Vzorec/ Sample</i>	<i>Ključne ugotovitve/ Key findings</i>
Papastavrou, Andreou, & Vryonides, 2014 Ciper	Kvalitativna raziskava	Raziskati izkušnje in zaznave medicinskih sester o prioritetah, opustitvah in razporejanju zdravstvene nege.	23 medicinskih sester	Medicinske sestre so izrazile nezadovoljstvo s pritiski zaradi naraščajočih zahtev v poklicu, pričakovanih pacientov in omejene moči za pogajanja o delovnih nalogah z drugimi strokovnjaki. Razlika med tem, kaj one želijo početi, v nasprotju s tem, kar dejansko počnejo. Je vzbudila močna čustva kot so jeza, stres in nezadovoljstvo. Večkrat so se opisale kot »roboti« ali »mojstri za vse«. Nekatere so v prizadevanjih, da bi zadovoljile vse potrebe svojih pacientov, poročale o težnji k razvoju minimalističnih standardov, namesto da bi si prizadevale za dobro ali odlično prakso. V več primerih so priznale, da zaradi praktičnih okoliščin, časovnih omejitev, pravil, rutin ali pričakovanih drugih niso mogle ravnati po lastnih poklicnih standardih. Ta neskladnost med tem, kaj so želele početi, in tem, kar so dejansko lahko ponudile pacientom, je ustvarila veliko negativnih občutkov, ki bi lahko povzročili etično obremenitev in moralno stisko.
Rooddeghghan, Yekta, & Nasrabadi, 2018 Iran	Kvalitativna raziskava	Raziskati dojemanje racionalizacije ZN s strani medicinskih sester.	18 medicinskih sester	Ugotavljajo tako razloge kot posledice racionalizacije v ZN. Ena od treh posledic je občutek krivde pri medicinskih sestrah. Pomanjkanje kadra jih postavlja v stisko zaradi odločanja o tem, kako razporediti ZN med vse paciente. Medicinske sestre se soočajo z etično dilemo, ali so se pravilno odločile glede prioritete in zaradi tega se počutijo krive.
Suhonen et al. 2018 /	Pregled literature	Raziskati in prikazati ključne vidike etičnih elementov postavljanja prioritete v ZN in posledic za medicinske sestre.	25 raziskav	Medicinske sestre, ki so morale določiti prednostne naloge, so poročale o moralni stiski in opisale etične izzive pri izpolnjevanju primarnih potreb pacientov. Poročale so o občutkih neprimernosti, frustraciji in nemoči kot posledici določanja prednostnih nalog. Poročale so o občutku krivde zaradi pomanjkanja časa za čustveno oskrbo pacientov. Poročale so tudi o dvomih ob dajanju prednosti aktivnim ZN pred ohranjanjem človekovega dostojanstva, ko so poskušale uravnotežiti neposredno in posredno ZN.
Sundin, Fahlen, Lundgren, & Jacobsson, 2014 Švedska	Kvalitativna raziskava s fenomenološko hermenevtičnim pristopom	Raziskati izkušnje medicinskih sester s postavljanjem prednostnih nalog v ZN na kirurškem področju.	10 medicinskih sester	Postavljanje prioritete v ZN je pogosto prikrito, neizrečeno in včasih celo nezavedno, vendar je v glavnem vključeno v vsakodnevno oskrbo. Prioritete v ZN se pojavljajo vsak dan in se menjajo kot samoumevne. Medicinske sestre pogosto dajo prednost zdravljenju pred intervencijami ZN. Toda zaradi etičnih težav pogosto razmišljajo o svojih dejanjih in prioritetah, ker želijo delati "dobro". Prizadevajo si ustvariti prostor za najnujnejše zadeve. Izkušajo občutke neustreznosti in se počutijo slabo, ko nimajo časa, da bi zadovoljile potrebe svojih pacientov ali pa kadar morajo zanikati lastno intuicijo ali morajo zaradi časovnega pritiska izvesti le najbolj očitne naloge.
Vryonides, Papastavrou, Charalambous, Andreou, & Merkouris, 2014 /	Pregled literature	Povezati racionalizacijo ZN z etičnimi perspektivam v ZN in najti globlji, moralni pomen tega pojava.	9 raziskav	Udeleženci nekaterih raziskav so menili, da so nezvesti poklicnim idealom in pričakovanjem, če niso mogli izpolniti svoje poklicne vloge. Izražen je boj med tem kar želijo in verjamejo, da bi morali početi, in tistim kar dejansko počnejo. To privede do notranjega konflikta, kar se izraža v krivdi in frustraciji, ali v občutku moralne obremenjenosti in moralne stiske.
Winters & Neville, 2012 Nova Zelandija	Kvalitativna raziskava	Raziskati občutke medicinskih sester, ki so posledica odložene ali neizvedene ZN.	5 medicinskih sester	Ena od treh glavnih kategorij, ki se izpostavlja je moralna stiska. Ta je povezana z občutki krivde in frustracije, ki so jo medicinske sestre izkusile zaradi prepozno izvedene ali neizvedene ZN.

Legenda/Legend: ZN – zdravstvena nega/nursing care

Tabela 3: Vsebinske kategorije pregleda literature**Table 3:** Content categories of literature review

<i>Kategorije / Categories</i>	<i>Kode / Codes</i>	<i>Avtorji/ Authors</i>
Telesno, duševno in čustveno počutje	stres - telesna izčrpanost - čustvena izčrpanost - tesnoba - depersonalizacija - jeza - nezadovoljstvo - negativni občutki - slab občutek - občutek nemoči - občutek nezadostnosti	Bentzen et al., 2013; Sundin et al., 2014; Harvey et al., 2018; Harvey et al., 2020a; Harvey et al., 2020b; Papastavrou et al., 2014; Suhonen et al., 2018
Moralno etične dileme	moralna stiska - občutek krivde - etične obremenitve - etični izzivi - frustracije - slaba vest - konflikt med željo dobro opraviti delo in omejitvami	Winters & Neville, 2012; Bentzen et al., 2013; Papastavrou et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Jones et al., 2015; Rooddehghan et al., 2016; Suhonen et al., 2018; Harvey et al., 2018; Harvey et al., 2020a
Sprejemanje odločitev pri delu - prilagajanje	zavedno oziroma nezavedno postavljanje prioritete pri delu - vsakodnevne odločitve o opustitvi dela - postavljanje minimalnih standardov oskrbe namesto doseganja odličnosti - razmišljanje o svojih dejanjih	Bentzen et al., 2013; Sundin et al., 2014; Papastavrou et al., 2014; Harvey et al., 2018; Harvey et al., 2020a
Poklicne in osebne vrednote	dvomi o lastnih vrednotah - konflikti v razumevanju svojega profesionalne vloge - dvom v svoje odločitve - občutek nezvestobe svojim profesionalnim idealom in pričakovanjem drugih	Bentzen et al., 2013; Sundin et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Jones et al., 2015; Suhonen et al., 2018

(Bentzen et al., 2013; Harvey et al., 2018), zaradi neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege pa jih bremenijo občutki slabo opravljenega dela in slaba vest, ter občutki nezadostnosti in krivde (Bentzen et al., 2013; Papastavrou et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Sundin et al., 2014; Winters & Neville, 2012; Rooddehghan et al., 2016; Harvey et al., 2018; Suhonen et al., 2018). Poročajo tudi o telesni in čustveni izčrpanosti, tesnobi, celo depersonalizaciji (Bentzen et al., 2013; Harvey et al., 2020b), ter stresu (Harvey et al., 2018; Harvey et al., 2020b; Papastavrou et al., 2014).

Medicinske sestre ob neizvedeni zdravstveni negi občutijo stisko, ker ne morejo ustrezno izpolniti svoje celostne vloge. To kategorijo smo poimenovali Moralno etične dileme, kjer se prepletajo kognitivni in vedenjski simptomi stresa. Tako večina raziskav pri medicinskih sestrah izpostavlja moralno stisko (Winters & Neville, 2012; Bentzen et al., 2013; Papastavrou et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Jones et al., 2015; Rooddehghan et al., 2016; Suhonen et al., 2018) ter etične obremenitve in frustracije (Winters & Neville, 2012; Bentzen et al., 2013; Papastavrou et al., 2014; Vryonides et al., 2014; Jones et al., 2015; Harvey et al., 2018; Suhonen et al., 2018; Harvey et al., 2020a).

Medicinske sestre kot posledico vsega zgoraj naštetega navajajo občutke, ki jih ne prepoznamo le kot indikatorje poklicnega (ne)zadovoljstva, temveč tudi kot slabo vplivajoče na njihovo telesno in duševno zdravje. Pri medicinskih sestrah se to kaže v nezadovoljstvu, saj so stres in izgorelost na delovnem mestu ter izmenska delo že dolgo časa poznani, ter statistično značilno negativno povezani z indikatorji zadovoljstva medicinskih sester (Kawada & Otsuka, 2011). Opisano dogajanje vodi v začaran krog stresa

zaradi neizvedene zdravstvene nege in neizvedene zdravstvene nege zaradi stresa, poglobljajo se telesne in duševne težave medicinskih sester, prihaja do večje fluktuacije, oziroma vedno bolj tudi do namere zapuščanja poklica.

Rešitve niso preproste. Cheng, Yang, Ding, & Wang (2020) so raziskovali vpliv zahtev na delovnem mestu na duševno zdravje kitajskih medicinskih sester in dokazali povezavo med zahtevami, izgorelostjo in izidi na duševnem zdravju. Predlagali so tako individualne kot organizacijske intervencije, ki bi lahko zmanjšale izgorelost pri medicinskih sestrah, npr. čuječnost, obvladovanje stresa in skupinske terapije. Rezultati raziskave Melnyk et al. (2020) so ravno tako potrdili, da so v zdravstvu čuječnost in intervencije na podlagi kognitivno-vedenjske terapije učinkovite pri zmanjševanju stresa, tesnobe in depresije, Masanotti, Paolucci, Abbafati, Serratore, & Caricato (2020) pa ugotavljajo, da bi del promocije zdravja v zdravstveni negi lahko bilo tudi spodbujanje občutka koherence. Nobena od opisanih metod ne bo učinkovita, če ne bo na najvišji organizacijski ravni prišlo do rešitev, ki bi naslovile glavni razlog, to je pomanjkanje medicinskih sester in iz tega izhajajoče nadobremenitve tistih, ki v poklicu ostajajo.

Omejitve raziskovalnega dela so predvsem v tem, da je število tovrstnih raziskav majhno, po kakovosti pa so kvalitativne raziskave nizko na hierarhiji dokazov. Pregledane raziskave imajo relativno majhne vzorce, z majhnim številom vključenih medicinskih sester. Poleg tega gre za subjektivno ocenjevanje oziroma poročanje medicinskih sester in ne za objektivne meritve.

Ugotavljamo potrebo po nadaljnjih bolj kompleksnih raziskavah, ki bi bolje opredelile tri ključne vidike, kako

neizvedena zdravstvena nega vpliva na čustveno počutje medicinskih sester (stres in izgorelost), zadovoljstvo pri delu in dejansko fluktuacijo, ter nakazala katere rešitve so v trenutni situaciji v zdravstveni negi mogoče in bi medicinske sestre razbremenile. Pozitivna delovna okolja, z dobro delovno klimo, dobrimi medosebnimi odnosi, močnim timskih sodelovanjem lahko deloma izboljšajo situacijo, predvsem pa je potrebno zagotoviti ugodno število pacientov na medicinsko sestro glede na njihovo zahtevnost in medicinske sestre razbremeniti del, ki sicer ne spadajo v njihov delokrog. Ohranjanje zdravja medicinskih sester, vzdrževanje zadovoljstva, s tem pa zadržanje medicinskih sester na delovnih mestih in v poklicu je prioriteta naloga managementa v zdravstveni negi pri nas in v tujini.

Zaključek

Pomanjkanje medicinskih sester na svetovni ravni International Council of Nurses trenutno ocenjuje na 6 milijonov, dodatni štirje milijoni medicinskih sester pa se bodo upokojili do leta 2030. Situacija v zdravstveni negi tudi v Sloveniji ne bo v kratkem doživela izboljšanja, torej se bodo medicinske sestre na svojih delovnih mestih še vedno soočale z izzivi, kako zadovoljiti vse pacientove potrebe, izvesti vse aktivnosti in doseči organizacijske cilje in ob tem delati na visoko strokovni ravni. Še vedno se bodo soočale z vsakodnevnimi odločitvami, kaj izvesti in kaj lahko izpustijo z minimalnimi posledicami, se ob tem spraševale o osebnih in profesionalnih vrednotah ter doživljale stiske, frustracije in stres. Stiske, ki jih medicinske sestre doživljajo so pogosto spregledane. Potrebno je razumeti, da so v racionalizacijo aktivnosti zdravstvene nege »prisiljene« zaradi kadrovskih in organizacijskih primanjkljajev in razumeti, kaj to pomeni za njihovo počutje pri vsakodnevem delu. Da delo ni izvedeno, ni izvedeno v pravem obsegu ali pravem času je težko priznati, sploh v obtoževalno naravnem okolju.

Naš pregled literature dodaja vsebinski kontekst in razumevanje posledic koncepta neizvedene zdravstvene nege, kot se odraža na doživljanju medicinskih sester. Če želimo zadržati medicinske sestre v poklicu in pritegniti mlade kadre, je potrebno razumeti in nasloviti njihovo doživljanje in dati veljavo njihovim moralno etičnih dilemam, razumeti kaj je v ozadju sprejemanja težkih vsakodnevni odločitev o tem, kaj bo narejeno in kaj ne, kako to vpliva na vrednote, predvsem pa kako to vpliva na njihovo počutje. Zato bi bile potrebne nadaljnje bolj poglobljene in kompleksne raziskave s tega področja in hkrati tudi zagotavljanje bolj optimalnih pogojev za izvajanje zdravstvene nege.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Za izvedbo raziskave glede na izbrano metodologijo raziskovanja dovoljenje ali soglasje Komisije za medicinsko 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 avtorica je izvedla iskanje in pregled literature, oceno kakovosti in izbor vključenih virov ter pisala članek. Druga avtorica je v vseh fazah raziskovalnega procesa sodelovala kot oseba, odgovorna za metodološko ustreznost; sodelovala je tudi pri pisanju članka./The first author conducted literature search, review, performed quality assesment, selected sources and wrote the article. The second author participated in all the stages of the research process and was responsible for methodologically appropriate research process and participated in the writing of the article.

Literatura

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M. ... Sermeus, W. (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

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M. ... Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Quality & Safety*, 23(2), 126–135.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>

PMid:24214796

Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. London: McGraw-Hill Education.

Bahun, M., & Skela-Savič, B. (2021). Dejavniki neizvedene zdravstvene nege: sistematični pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(1), 42–51.

<https://doi.org/10.14528/snr.2021.55.1.3061>

Bentzen, G., Harsvik, A., & Brinchmann, B. S. (2013). "Values that vanish into thin air": Nurses' experience of ethical values in their daily work. *Nursing Research and Practice*, 2013, Article 939153.

<https://doi.org/10.1155/2013/939153>

- Cheng, H., Yang, H., Ding, Y., & Wang, B. (2020). Nurses' mental health and patient safety: An extension of the Job Demands–Resources model. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 653–663.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12971>
- Domes, G., & Frings, C. (2020). Stress and Cognition in Humans. *Editorial Experimental Psychology*, 67(2), 73–76.
<https://doi.org/10.1027/1618-3169/a000476>
- Harvey, C. L., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., & Pearson, M. (2018). Understanding how nurses ration care. *Journal of Health Organization and Management*, 32(3), 494–510.
<https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2017-0248>
- Harvey, C., Baldwin, A., Thompson, S., Willis, E., Meyer, A., Pearson, M., & Otis, E. (2020a). Balancing the scales: Nurses' attempts at meeting family and employer needs in a work-intensified environment. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1873–1880.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12913>
- Harvey, C., Thompson, S., Otis, E., & Willis, E. (2020b). Nurses' views on workload, care rationing and work environments. *Journal of Nursing Management*, 28(4), 912–918.
<https://doi.org/10.1111/jonm.13019>
- International Labour Organization. (2016). *Workplace stress: A collective challenge*. Retrieved August 16, 2021 from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121–1137.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–313.
<https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>
PMid: NLM16985399
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kalisch, B. J., & Xie, B. (2014). Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), 875–890.
<https://doi.org/10.1177/0193945914531859>
PMid:24782432
- Kawada, T., & Otsuka, T. (2011). Relationship between job stress, occupational position and job satisfaction using a brief job stress questionnaire (BJSQ). *Work*, 40(4), 393–399.
<https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1251>
- Lupien, S. J., Juster, R. P., Raymond, C., & Marin, M. F. (2018). The effects of chronic stress on the human brain: From neurotoxicity, to vulnerability, to opportunity. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 49, 91–105.
<https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.02.001>
- Mandal, L., Seethalakshmi, A., & Rajendrababu, A. (2019). Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nursing Philosophy*, 21(1), Article e12288.
<https://doi.org/10.1111/nup.12257>
PMid:31429179
- Masanotti, G. M., Paolucci, S., Abbafati, E., Serratore, C., & Caricato, M. (2020). Sense of coherence in nurses: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), Article 1861.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17061861>
- McCarthy, J., & Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), 254–262.
<https://doi.org/10.1177/0969733007086023>
- McDaid, D. (2008). Consensus Paper: Mental health in workplace settings. Luxembourg: European Communities.
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(1/2), 172–189.
[https://doi.org/10.1016/s0006-8993\(00\)02950-4](https://doi.org/10.1016/s0006-8993(00)02950-4)
- Melnyk, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S. ... & Bird, S. B. (2020). Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: A systematic review. *American Journal of Health Promotion*, 34(8), 929–941.
<https://doi.org/10.1177/0890117120920451>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), Article e1000097.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
PMid:19621072; PMCID:PMC2707599
- Orrock, M., & Lawler, J. (2008). "The Fractured self: Deconstruction of role identity as a consequence of health care reform." *The International Journal of Interdisciplinary Social Sciences: Annual Review*, 3(7), 25–30.
<https://doi.org/10.18848/1833-1882/CGP/v03i07/52678>
- Papastavrou, E., Andreou, P., & Vryonides, S. (2014). The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 21(5), 583–593.
<https://doi.org/10.1177/0969733013513210>
- Park, S. H., Hanchett, M., & Ma, C. (2018). Practice environment characteristics associated with missed nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 722–730.
<https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
PMid:23296644

- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2018). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Recio-Saucedo, A., Dall'Orta, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P. ... Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes: Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11/12), 2248–2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058> PMID:28859254; PMCID:PMC6001747
- Rooddehghan, Z., Yekta, Z. P., & Nasrabadi, A. N. (2018). Ethics of rationing of nursing care. *Nursing Ethics*, 25(5), 591–600. <https://doi.org/10.1177/0969733016664973>
- Saleh, M. S., Eltahlawy, E., & Amer, N. (2016). Job satisfaction and prevalence of stress signs. *International journal of Research in Environmental Sciences*, 2, 28–35. <http://dx.doi.org/10.20431/2454-9444.0205004>
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing research*, 56(6), 416–424. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62>
- Srulovici, E., & Drach-Zahavy, A. (2017). Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.003> PMID:28829974
- Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., Hjaltadottir, I., Vryonides, S., Tonnessen, S. ... Scott, P. A. (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 25–42. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006>
- Sundin, K., Fahlen, U., Lundgren, M., & Jacobsson, C. (2014). Registered nurses' experiences of priorities in surgery care. *Clinical nursing research*, 23(2), 153–170. <https://doi.org/10.1177/1054773812474298>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., & Merkouris, A. (2014). The ethical dimension of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 22(8), 881–900. <https://doi.org/10.1177/0969733014551377>
- Winters, R., & Neville, S. (2012). Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand Hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 28(1), 19–28. PMID: 23421016
- Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T. P., & Sahebkar, A. (2017). The impact of stress on body function: A review. *EXCLI Journal*, 16, Article 1057. <https://doi.org/10.17179/excli2017-480>
- Zeleníková, R., Gurková, E., Friganovic, A., Uchmanowicz, I., Jarošová, D., Žiaková, K. ... Papstavrou, E. (2019). Unfinished nursing care in four central European countries. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1888–1900. <https://doi.org/10.1111/jonm.12896> PMID:31680373; PMCID:PMC7754486

Citirajte kot/Cite as:

Bahun, M., & Jeriček Klanšček, H. (2023). Doživljanje neizvedene zdravstvene nege pri medicinskih sestrah: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(1), 43–52. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.1.3173>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Povezava lastnosti vodje in vodenja s kakovostjo storitev v zdravstveni negi: pregled literature

The connection between the qualities of a leader and leadership with the quality of nursing care: A literature review

Darjan Kodele¹, Melita Peršolja^{2,*}

Ključne besede: medicinske sestre; izidi pacienta; napredna zdravstvena nega; slogi vodenja; storitve

Key words: nurses; patient outcomes; advanced nursing; leadership styles; services

¹ Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica, Rejčeva ulica 4, 5000 Nova Gorica, 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

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Darjana Kodeleta *Povezava lastnosti vodje in vodenja s kakovostjo storitev v bolnišnični zdravstveni negi* (2021).

IZVLEČEK

Uvod: Vodenje je proces, ki se nanaša na zmožnost vplivati na zaposlene, jih usmerjati in motivirati. Namen članka je bil raziskati povezavo med kakovostjo zdravstvene nege z vodenjem in lastnostmi vodje tima zdravstvene nege.

Metode: Uporabljena je bila opisna metoda dela, s katero je bil med 2018 in 2020 izveden sistematični pregled literature po bazah podatkov Medline, CINAHL, Cochrane Library in PubMed. Iskalna strategija je sledila protokolu PICO. Iskalni pojmi so bili: *leader, leadership, leaders competencies, quality indicators, health care, nursing leadership, patient outcomes, personnel management, outcome assesment, patient satisfaction*.

Rezultati: Identificiranih je bilo 462 zadetkov, med katerimi je bilo za analizo izbranih 20 prispevkov, objavljenih med letoma 2010 in 2020. Deset raziskav je bilo sistematičnih pregledov literature, devet kvantitativno presečnih ter ena eksperimentalna raziskava. Prispevki so bili kritično ovrednoteni z orodji JBI. V analizi je bilo identificiranih 163 kod, ki so bile združene v šest kategorij: slogi vodenja v zdravstvu; lastnosti dobrega vodje v zdravstvu; učinkovitost zdravstvenega tima, dejavniki, ki vplivajo na kakovost zdravstvene nege; izidi zdravstvene nege; izidi negativnega delovnega okolja.

Diskusija in zaključek: V kliničnem okolju je najpogostejše omenjen in priporočen transformacijski slog vodenja, v katerem ima vodja poslušaj zaposlene, vodenje je usmerjeno v odnose. Med zaposlenimi se ustvarja klima zaupanja, ki vpliva na zadovoljstvo zaposlenih in posledično pozitivno tudi na kakovost zdravstvene nege.

ABSTRACT

Introduction: Leadership is a process that refers to the ability to influence employees, guide them and motivate them. The purpose of the article was to investigate the connection between the quality of nursing with leadership and leader characteristics of the nursing team.

Methods: A descriptive method of work that was applied to conduct a systematic review of the literature in the databases Medline, CINAHL, Cochrane Library, and PubMed between 2018 and 2020 was used. The search strategy followed the PICO protocol. The search terms were: *leader, leadership, leaders' competencies, quality indicators, health care, nursing leadership, patient outcomes, personnel management, outcome assessment, patient satisfaction*.

Results: 462 search results were identified of which 20 papers published between 2010 and 2020 were analyzed - ten were systematic literature reviews, nine were quantitative cross-sectional studies and one was experimental. Contributions were critically evaluated using JBI tools. The analysis identified 163 codes that were grouped into six categories: leadership styles in health care, characteristics of good health care leadership, efficiency of the nursing team, factors influencing nursing quality, nursing outcomes, outcomes of a negative work environment.

Discussion and conclusion: In the clinical environment, the transformation leadership style is most frequently mentioned and recommended. In this style the leader focuses on employees and leadership is directed on relationships. A climate of trust is developed among employees, which affects employee satisfaction and, consequently, has a positive effect on the quality of nursing care.



Prejeto/Received: 26. 3. 2021
Sprejeto/Accepted: 5. 2. 2023

© 2023 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

Začetne raziskave so uspešnost vodenja opisovale kot posledico osebnostnih lastnosti vodje. Ker pa se te podeduje ali se jih pridobi v prvih letih življenja, je veljalo prepričanje, da se nekdo kot vodja rodi. Sedaj je znano, da so potrebna še nekatera druga znanja, sposobnosti, predvsem pa ustrezno vedenje vodje, ki se ga je mogoče naučiti. Trdimo lahko, da se vodja »naredi« oziroma to postane (Rozman, Kovač, Filej, & Robida, 2019). Zor Šabič (2016) opisuje lastnosti, ki določajo vodjo, v treh točkah: 1.) kdo vodja je (njegove vrednote, motivi, osebnostne lastnosti, značaj in inteligenca); 2.) kaj vodja vé (sposobnosti, znanja in veščine); 3.) kaj vodja počne (vedenje, navade, slog vodenja in kompetence). Glavne značilnosti, s katerimi se lahko identificira vodjo, so: telesne (mlajši oziroma srednje starosti, vitalen, visok in prijetne zunanosti), osebnostne (prilagodljiv, čustveno stabilen, samoobvladljiv, samozavesten), socialne (prijeten, olikan, priljubljen, pripravljen sodelovati, izobražen, naravnani k mobilnosti in napredovanju) in delovne (iniciativen, odgovoren, usmerjen k nadpovprečnim dosežkom).

Kakovostna zdravstvena nega predstavlja nenehen napor vključenih v obravnavo, od načrtovalcev zdravstvene obravnave, plačnikov, zdravstvenih strokovnjakov do pacientov in svojcev. Je dinamičen proces, s katerim tudi medicinske sestre prevzamejo odgovornost za kakovost oskrbe, ki jo nudijo (Leskovic, 2022). Dejavniki, ki vplivajo na kakovost storitev v zdravstveni dejavnosti, so tako notranji kot zunanji ter posredni ali neposredni. Najpogostejše notranje dejavnike predstavljajo zaposleni in odnos do pacientov, kultura organizacije in vodenje. Zunanje dejavnike pa oblikujejo zdravstvena politika, organiziranost zdravstvene mreže, znanje in tehnološka opremljenost, krajevna dostopnost in financiranje zdravstvenega varstva (Šavora, 2013).

Zaradi sprememb zdravstvene obravnave, ki jih zahteva sodobno okolje, se od zdravstvenega varstva pričakuje vse večjo uspešnost in učinkovitost (Kvas & Seljak, 2013); izbrani kazalniki kakovosti se redno spremljajo. Kakovost zdravstvene obravnave se je v preteklih letih ocenjevala na podlagi stopnje umrljivosti in ozdravljivosti, a Galinec (2012) trdi, da to še zdaleč ni več dovolj. V ospredje moramo postaviti pacienta in njegovo zaznavanje kakovosti. Leskovic (2022) poudarja pomembnost vloge vodje zdravstvene nege pri tem. Vodja namreč s svojim zgledom, lastnostmi in motiviranjem vpliva na povezanost, zadovoljstvo ter produktivnost ljudi v organizaciji (Šega, 2019). Vodstvena podpora je tako ključnega pomena za izboljšanje kakovosti oskrbe pacientov ter zmanjšanje nezadovoljstva in izgorelosti med zaposlenimi (Poortagi et al., 2019). Vodje v zdravstveni negi imajo v današnjem času še dodatno pomemben izziv, saj se klinično okolje nenehno spreminja, večja je fluktuacija zaposlenih, razvijajo in nadgrajujejo se

standardi ter kompetence. Prav izzivi v organizaciji – stresne situacije pa najbolj izrazijo kakovost vodje (Strel, 2021). Za funkcijo vodenja je tako potrebna oseba, ki ima široko znanje managementa, razvite komunikacijske, organizacijske in vodstvene veščine. Podrejeni bodo do takega vodje okrepili zaupanje in mu sledili, pacient pa bo prejel kakovostno in varno zdravstveno obravnavo (Laznik, 2020).

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti lastnosti vodenja in vodij, ki se povezujejo s kakovostjo zdravstvene nege. Cilji raziskave so bili opisati lastnosti vodenja v zdravstveni negi; lastnosti vodij v zdravstveni negi; opisati povezavo med vodjo, vodenjem in kakovostjo storitev v zdravstveni negi. Zastavili smo si sledeče raziskovalno vprašanje: Katere lastnosti vodij in vodenja se povezujejo s kakovostno zdravstveno nego?

Metode

Metode pregleda

Iskanje literature je potekalo od maja 2018 do oktobra 2020 po različnih bazah podatkov, ki so pomembne za področje zdravstvene nege: Medline, CINAHL, The Cochrane Library, PubMed. Dodatno smo literaturo iskali še v bazi Google Scholar, arhivu Obzornika zdravstvene nege in na spletu.

Pomagali smo si z iskalno strategijo PICO in s kombinacijo ključnih besed ter Boolovih operaterjev (AND, OR) oblikovali naslednjo iskalno strategijo: »vodja« OR »vodenje« OR »vodenje v zdravstveni negi« AND »izidi pri pacientu« AND »zadovoljstvo pacientov« (slovensko); »leader« OR »leadership« OR »nursing leadership« AND »patient outcomes« AND »patient satisfaction« (angleško).

Pri izbiri člankov smo upoštevali, da so bili objavljeni v slovenskem ali v angleškem jeziku, dostopni v celotnem besedilu, recenzirani, kategorizirani kot raziskovalni ali pregledni znanstveni članki in objavljeni v časovnem obdobju 2010–2020.

Rezultati pregleda

V podatkovnih bazah knjižnice Fakultete za vede o zdravju, Univerze na Primorskem, smo identificirali 462 zadetkov. Začetna merila za vključitev v raziskavo je izpolnjevalo 24 zadetkov. Potek pregleda literature smo shematsko prikazali v diagramu PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*) (Page et al., 2021) (Slika 1).

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

O uporabnosti, zanesljivosti in veljavnosti pregledanih prispevkov smo se odločali na osnovi kritičnega

Tabela 1: Prikaz razvrstitve virov glede na stopnjo dokazov
Table 1: Classification of sources according to the level of evidence

Vir/ Source	Stopnja dokazov/ Level of evidence
Adams, Djukic, Gregas, & Fryer 2018, ZDA	****
Akbiyik, Akin Korhan, Kiray, & Kirsan 2020, ZDA	***
Alilyyani, Wong, & Cummings, 2017, Kanada	***
Bahadori, Peyrovi, Ashghali-Farahani, Hajibabae, & Haghani, 2016, Iran	**
García-Sierra et al., 2018, Španija	**
Havens, Vasey, Gittell, & Lin, 2010, ZDA	***
Jenkins & Stewart, 2010, ZDA	**
Kiwanuka, Nanyonga, Sak-Dankosky, Muwanguzi, & Kvist, 2020, Finska	***
Mitchell et al., 2014, ZDA	**
Saleh et al., 2018, Savdska Arabija	***
Sfantou, 2017, Grčija	***
Spence et al., 2012, Kanada	**
Stevanin et al., 2018, Finska	**
Tanioka, Kataoka, Yasuhara, Miyagawa, & Ueta, 2011, Japonska	***
Thompson, 2012, Anglija	**
Verschueren, Kips, & Euwema, 2013, Belgija	****
Westerberg, 2013, Švedska	***
Wong & Giallonardo, 2013, Velika Britanija	****
Wong, Cummings, & Ducharme, 2013, Velika Britanija	****
Wong et al., 2015, Velika Britanija	***

Legenda/Legend: * – slabo/poor; ** – zadostno/fair; *** – dobro/good; **** – odlično/excellent; ZDA – Združene države Amerike/United States of America

ovrednotenja z orodji JBI (Joanna Briggs, 2020). Kakovost prispevkov smo preverjali z vidika omejitev raziskave, zanesljivosti vira, strukture prispevka in skladnosti z namenom naše raziskave. Dokumente sta ocenila oba raziskovalca in jih razporedila v eno izmed štirih stopenj (slab, zadosten, dober, odličen), ki smo jih označili z zvezdicami (Tabela 1). V končni fazi analize smo identificirali 20 prispevkov, za katere smo ocenili, da ustrezajo zastavljenemu namenu in so ustrezne kakovosti (Tabela 2). Dobljene rezultate smo nato sintetizirali z analizo vsebine (Gantar & Vogrinc, 2008), identificirali smo proste kode in jih nato združili v vsebinske kategorije (Tabela 3).

Rezultati

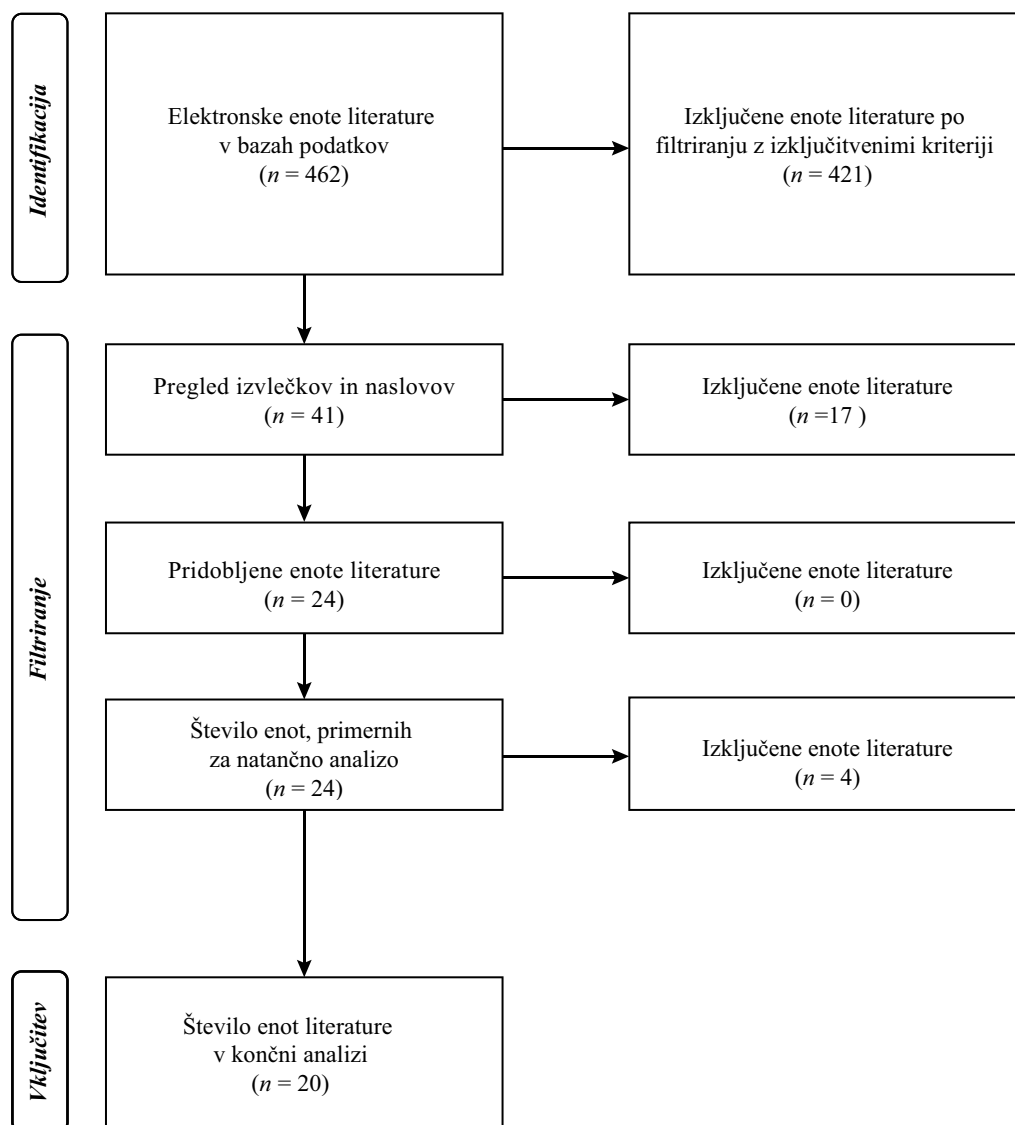
Podrobnosti in značilnosti pregledanih raziskav, ki smo jih vključili v končno analizo, so prikazane v Tabeli 2. Deset raziskav je bilo sistematičnih pregledov literature, devet kvantitativno presečnih ter ena eksperimentalna.

Z analizo literature smo identificirali 163 kod, ki smo jih glede na tematiko kakovosti zdravstvene nege v povezavi z lastnostmi vodje in vodenja združili v šest vsebinskih kategorij (Tabela 3): slog vodenja; lastnosti dobrega vodje; učinkovitost zdravstvenega tima; dejavniki, ki vplivajo na kakovost zdravstvene nege; izidi zdravstvene nege; izidi delovnega okolja.

Diskusija

S sistematičnim pregledom literature smo raziskali 20 izbranih virov, ki opisujejo lastnosti vodenja in vodij v zdravstveni negi ali povezavo med vodjo, vodenjem in kakovostjo storitev v zdravstveni negi. Ugotovili smo, da so značilnosti vodje in vodenja povezane s kakovostjo storitev v zdravstveni negi.

Kakovostna zdravstvena nega mora biti varna, zanesljiva, usmerjena na pacienta, učinkovita in pravična (Sfantou et al., 2017; Verschueren et al., 2013). Njena kakovost je odvisna od osebnih dejavnikov pacienta in izvajalca zdravstvenih storitev ter dejavnikov zdravstvene organizacije in širšega okolja (Mosadeghrad, 2014). Organizacija, ki želi izboljšati ali ohraniti visoko kakovost zdravstvene obravnave, mora zato spodbuditi in podpirati vodje pri uporabi sloga, ki vključuje navdihujoče, obzirno in spodbudno vodenje ter skupno vizijo (Westerberg & Tafvelin, 2014). V zdravstvu in zdravstveni negi je najbolj razširjeno in s pozitivnimi izidi povezano transformacijsko vodenje (Thompson, 2012; Verschueren et al., 2013; Bahadori, 2016). Transformacijsko vodenje predstavlja višjo obliko vodenja, ki se pogosto priporoča v dinamičnih in nestabilnih okoljih (Verschueren et al., 2013). Vodje s transformacijskim slogom vodenja so mogočne in karizmatične osebnosti ter so pogosto vzor sodelavcem; apelirajo na razum in srce sodelavcev; jih spodbujajo, da težave pri delu rešujejo z moralnimi vrednotami,



Slika 1: Diagram poteka raziskave skozi faze pregleda literature (Page et al., 2021)

Figure 1: Diagram of research literature selection (Page et al., 2021)

ter stopijo v ozadje in pozornost usmerjajo na cilje (Ivanko, 2019). V primerjavi z vodenjem, usmerjenim na naloge, je transformacijsko vodenje posredno ali neposredno povezano z izboljšanimi izidi pacientov in višjo kakovostjo zdravstvene nege (Akbiyik, et al., 2020; Wong, et al., 2013).

Odsev ustreznega vodenja sodelavcev v zdravstveni negi so dobri odnosi med zaposlenimi, ki se odražajo v kakovosti zdravstvene nege. Havens (2010) je na primer potrdil, da so zaposleni v zdravstveni negi poročali o zmanjšanju neželenih dogodkov, kot so okužbe, povezane z zdravstveno obravnavo in napake pri zdravljenju, kjer so bili medsebojni odnosi ocenjeni pozitivno. Verschueren et al., (2013) celo trdi, da so večšine medosebnih odnosov vodje pomembnejše od tradicionalnih vodstvenih veščin. Da je medsebojno

sodelovanje zaposlenih v zdravstveni negi pomembno, ugotavlja tudi Sierra (2018), ki pravi, da sodelovanje izboljša zaznavanje in zmanjša možnost izgorelosti. Vodja, ki spodbuja in ceni mnenje osebja, ustvarja okolje, v katerem podpira odločanje (sodelovanje) (Kiwanuka et al., 2020). Poleg večšin v skrbi za dobre medosebne odnose in sodelovanje Saleh (2018) poudarja podpornost in navaja, da so podporni vodje, ki izpolnjujejo pričakovanja zaposlenih, ključni dejavnik varne, učinkovite in kakovostne zdravstvene nege. Podobno Jenkins (2010) in Saleh (2018) ugotavljata, da na oddelku, kjer medicinske sestre opisujejo odnos z vodjo kot podpornega, sodelujočega ali razumevajočega, poročajo o visoki stopnji zadovoljstva z delom, kar nadalje vpliva na kakovostno zdravstveno nego. Pomen zaupanja v timu

Tabela 2: Temeljne ugotovitve analiziranih virov
Table 2: Key findings from analysed sources

<i>Avtor, država/ Author, country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i>	<i>Cilji/ Objectives</i>	<i>Metode/ Methods</i>	<i>Ključne ugotovitve/ Main findings</i>
Adams et al., 2018 ZDA	Kvantitativna presečna raziskava	Pridobiti dokaze o povezavi med samoevalvacijo vodilnih medicinskih sester ter izidi pacienta, kot so padci s poškodb, bolnišnične okužbe, razjede zaradi pritiska, zadovoljstvo.	Vključeni so bili vodje medicinskih sester v 35 bolnišnicah iz 8 držav Amerike. Odgovarjali so na elektronske vprašalnike. Končno število sodelujočih je bilo 778.	Raziskava odpira novo raziskovalno področje s pojasnitvijo posebnih mehanizmov, s katerimi vodje medicinskih sester neposredno vplivajo na izide pri pacientih.
Akbiyik et al., 2020 ZDA	Sistematični pregled literature	Preučiti učinke sloga vodenja ali vedenja na kakovost zdravstvene nege in na izide pacientov.	V raziskavo so vključili 13 prispevkov.	Vodenje, usmerjeno v odnose, bolj pozitivno prispeva h kakovosti zdravstvene nege in izidom pacientov kot vodenje, usmerjeno na naloge.
Alilyani et al., 2017 Kanada	Sistematični pregled literature	Preučiti predhodne raziskave o izidih, povezanih z avtentičnim vodenjem.	V raziskavo je bilo vključenih 21 prispevkov. Povezave med avtentičnim vodenjem in 43 izidi so razdelili na dve skupini: na izide zdravstvenega osebja in izide pri pacientu.	Ugotovitve te raziskave podpirajo teorijo o avtentičnem vodenju in pomagajo pri razumevanju omenjenega sloga vodenja.
Bahadori et al., 2016 Iran	Kvantitativna presečna raziskava	Ugotoviti povezavo med vodenjem v zdravstveni negi in zadovoljstvom pacientov z zdravstveno nego v univerzitetnih kliničnih centrih v Iranu.	Raziskavo so izpeljali v 5 bolnišnicah, kar je vključevalo 34 oddelkov, 34 vodij zdravstvene nege, 102 medicinski sestre in 102 pacienta. Vsaka skupina je prejela prilagojen vprašalnik.	Samo 10 od 34 vodij zdravstvene nege uporablja transformacijsko vodenje. Kljub temu so zaznali le rahlo višje zadovoljstvo pacientov pri transformacijskem slogu vodenja v primerjavi z drugimi slogi.
García-Sierra et al., 2018 Španija	Kvantitativna presečna raziskava	Analizirati povezave med opolnomočenjem, slogi vodenja in sodelovanjem medicinskih sester.	Sodelovalo je 131 medicinskih sester iz 11 različnih zdravstvenih ustanov.	Transformacijsko vodenje pozitivno vpliva na sodelovanje. Medicinske sestre z dobrim sodelovanjem izboljšajo zaznavanje, zmanjša se možnost izgorelosti in izboljšajo se izidi zdravstvene nege.
Havens et al., 2010 ZDA	Kvantitativna presečna raziskava	Raziskati odnose med medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci ter vpliv odnosov na kakovost zdravstvene nege.	Sodelovalo je 747 medicinskih sester, ki so ocenile odnose med petimi različnimi profili v zdravstveni negi in šestimi različnimi oddelki.	Kjer so bili odnosi ocenjeni kot pozitivni, so medicinske sestre poročale o zmanjšanju neželenih dogodkov, kot so okužbe, pridobljene med zdravljenjem, in napake pri zdravljenju.
Jenkins & Stewart, 2010 ZDA	Kvantitativna presečna raziskava	Ugotoviti vpliv vodenja na zadovoljstvo medicinskih sester.	Raziskava je potekala na 17 oddelkih in je zajemala 346 medicinskih sester.	Statistične ugotovitve dokazujejo, da način vodenja in odnosi med zaposlenimi vplivajo na zadovoljstvo pri delu.
Kiwanuka, 2020 Finska	Sistematični pregled literature	Raziskati vpliv slogov vodenja na rezultate kakovosti zdravstvene nege.	V raziskavo so vključili 253 strokovnih člankov, za končno analizo jih je ustrezalo 7.	Transformacijske, obzirne prakse vodenja in zaupanja vredni slogi vodenja zagotavljajo večjo kakovost zdravstvene nege na oddelkih za intenzivno nego.
Mitchell et al., 2014 ZDA	Sistematični pregled literature	Preučiti vpliv urnih obhodov na zadovoljstvo pacientov z zdravstveno nego.	Od 1279 zadetkov v različnih bazah podatkov so obravnavali 16 člankov.	Z rednimi urnimi obhodi pacienti višje ocenjujejo zdravstveno nego, manj je padcev in zmanjša se uporaba klicnega zvonca.

Se nadaljuje/Continues

<i>Avtor, država/ Author, country</i>	<i>Raziskovalni dizajn/ Research design</i>	<i>Cilji/ Objectives</i>	<i>Metode/ Methods</i>	<i>Ključne ugotovitve/ Main findings</i>
Saleh et al., 2018 Savdska Arabija	Kvalitativna presečna raziskava	Raziskati značilnosti slogov vodenja, ki se jih poslužujejo vodje zdravstvene nege, in kako jih zaznavajo medicinske sestre, ki delajo ob pacientu.	Vključenih je bilo 35 medicinskih sester iz zdravstvenih ustanov v Savdski Arabiji. Zbiranje podatkov je potekalo z delno strukturiranim intervjujem.	Slog vodenja, ki ga uporabljajo vodje zdravstvene nege, močno vpliva na zadovoljstvo pri delu, fluktuacijo medicinskih sester in kakovost oskrbe pacientov.
Sfântou, 2017 Grčija	Sistematični pregled literature	Ugotoviti, ali obstaja povezava med različnimi slogi vodenja in rezultati kakovosti zdravstvene nege.	V raziskavo so vključili 18 raziskav o povezavi med vodenjem in kakovostjo zdravstvene nege.	Slogi vodenja igrajo bistveno vlogo pri izboljševanju kakovostnih ukrepov v zdravstvu in zdravstveni negi.
Spence et al., 2012 Kanada	Eksperimentalna raziskava	Preučiti vpliv vodstvenih praks starejših medicinskih sester na medicinske sestre managerke, na njihovo zaznavanje kakovosti zdravstvene nege in na fluktuacijo.	Sekundarna analiza podatkov, pridobljenih leta 2008. Osredotočili so se na dva nivoja medicinskih sester managerk: srednji manager ($n = 231$), nižji manager ($n = 788$).	Transformacijske prakse vodenja starejših medicinskih sester opolnomočijo vodje, kar vodi do večjega občutenja organizacijske podpore, kakovostne oskrbe in zmanjšane fluktuacije.
Stevanin et al., 2018 Finska	Sistematični pregled literature	Poiskati dokaze o vplivu večgeneracijske delovne sile na zdravstveno nego (odnos do dela, zaznava dela s čustvenega vidika, vidiki povezani s prakso in vodenjem).	V raziskavo je bilo vključenih 33 raziskav.	Za izboljšanje kakovosti delovnega okolja je treba resno obravnavati generacijske razlike, odnos do poklica, čustvene in vodstvene faktorje.
Tanioka et al., 2011 Japonska	Sistematični pregled literature	Predstaviti vlogo vodij zdravstvene nege pri izboljšanju zdravstvenih storitev v psihiatričnih ustanovah.	Analiza strokovne literature.	Medicinske sestre managerke so ključne pri izboljšanju kakovosti zdravstvene nege. Lahko identificirajo potrebe po izboljšanju, ocenjujejo in izboljšujejo storitve.
Verschueren et al., 2013 Belgija	Sistematični pregled literature	Raziskati, kateri slogi vodenja in vedenja vodje zdravstvene nege pozitivno vplivajo na varnost pacientov in kakovost storitev.	V različnih bazah podatkov so našli 10 člankov, ki so ugotavljali povezave med vodjo zdravstvene nege, varnostjo in kakovostjo	Ugotovili so, da je transformacijsko vodenje najbolj razširjeno in vpliva na pozitivne izide. Poudarjajo pomen zaupanja med glavno medicinsko sestro in sodelavci, kar močno vpliva na pozitivne izide pri pacientu.
Westerberg, 2013 Švedska	Kvantitativna presečna raziskava	Raziskati povezavo med transformacijskim slogom vodenja in kakovostjo oskrbe na domu.	Asistentom v zdravstveni negi je bilo razdeljenih 469 vprašalnikov.	Transformacijski slog vodenja je bil pomembno in pozitivno povezan s kakovostjo oskrbe in vsemi spremenljivkami psihosocialnega delovnega okolja, razen delovne obremenitve.
Wong et al., 2013 Velika Britanija	Kvantitativna presečna raziskava	Preizkusiti model, ki analizira odnose med avtentичnim vodenjem, zaupanjem medicinskih sester v njihove managerje, delovnim okoljem in negativnimi izidi pri pacientu.	Raziskava je druga analiza raziskave podatkov iz leta 2008. Obravnavali so 280 medicinskih sester.	Če medicinske sestre vodenje managerjev vidijo kot avtentичno, mu popolnoma zaupajo in negativni izidi zdravstvene nege pri pacientih so redkejši.
Wong et al., 2013 Velika Britanija	Sistematični pregled literature	Opisati rezultate raziskav o povezavi med vodenjem v zdravstveni negi in izidi pacientov.	V analizo so na podlagi vključevalnih in izključevalnih kriterijev vključili 20 raziskav.	Raziskave kažejo pozitivno povezavo med slogi vodenja, ki so usmerjeni v odnose, in večjim zadovoljstvom pacienta ter nižjo umrljivostjo, manj napak z zdravili in manj okužb, pridobljenih med zdravljenjem.
Wong et al., 2015 Velika Britanija	Kvantitativna presečna raziskava	Preučiti vpliv vodstvenih izkušenj, samoevalvacije in obsega nadzora na rezultate dela in podpornost delovnega okolja.	Vključenih je bilo 121 vodij zdravstvene nege iz 14 bolnišnic v Ontariu. Raziskava je potekala s pomočjo elektronskega vprašalnika.	Obseg nadzora in samoevalvacije sta napovedala preobremenitev, nadzor nad delom in zadovoljstvo pri delu.

Legenda/Legend: % – odstotek/percentage; n – število/number; ZDA - Združene države Amerike/United States of America

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah in avtorjih**Table 3:** Codes sorted by categories and authors

Code/Codes (n = 163)	Avtorji/Authors
Kategorija 1 – Slogi vodenja v zdravstvu: transformacijsko vodenje, modeli vodenja, slogi vodenja, značilnosti vodenja, transakcijsko vodenje, pasivno-izogibajoči slog, praksa vodenja, avtentično vodenje, relacijsko vodenje, transakcijski slog vodenja, avtokratični slog vodenja, celostni slog vodenja, uslužnostno vodenje, čustveno vodenje, zaupljivo vodenje, situacijsko vodenje, učinkovito vodenje, <i>laissez-faire</i> vodenje, usmerjeno v delo, usmerjeno v odnose, fleksibilno vodenje.	Havens et al., 2010; Jenkins & Stewart, 2010; Spence Laschinger et al., 2012; Thompson, 2012; Verschueren et al., 2013; Wong et al., 2013; Wong & Giallonardo, 2013; Westerberg & Tafvelin, 2014; Bahadori et al., 2016; Sfantou et al., 2017; Adams et al., 2018; Alilyyani et al., 2018; García-Sierra & Fernández-Castro, 2018; Saleh et al., 2018; Stevanin et al., 2018; Akbiyik et al., 2020; Kiwanuka et al., 2020.
Kategorija 2 – Lastnosti dobrega vodje v zdravstvu: opolnomočenje, vplivanje, vodenje, management, motivacija, planiranje razporeda, urejanje sprejema pacienta, reševanje, idealizirano vplivanje, nagrada, vodenje, kompetentnost, organizacijski cilji, osebne vrednote, zadovoljstvo, samoevalvacija, vloga vodje, osebne značilnosti, kolegialni pristop, strategija, avtoriteta, izkušnje, dobri izidi vodilnih medicinskih sester, odgovornost, odločanje, psihično stanje, razvoj strategij, samozavedanje, osebna identiteta, socialna identiteta, ustrezno kadrovanje, moč, soočanje z ovirami, zadrževanje zaposlenih, vzgojitelj, svetovalec, skrbnik, raziskovalec, podpora, supervizija, čustvena inteligenca, vzor, kontrola, vizija, odkritost, integriteta, NLP.	Havens et al., 2010; Jenkins & Stewart, 2010; Tanioka et al., 2011; Spence Laschinger et al., 2012; Thompson, 2012; Wong et al., 2013; Wong & Giallonardo, 2013; Westerberg & Tafvelin, 2014; Wong et al., 2015; Bahadori et al., 2016; Sfantou et al., 2017; Adams et al., 2018; Alilyyani et al., 2018; García-Sierra & Fernández-Castro, 2018; Saleh et al., 2018; Akbiyik et al., 2020.
Kategorija 3 – Učinkovitost zdravstvenega tima: sodelovanje, optimizem, spoštovanje, zaupanje, zadovoljstvo, doseženi cilji, merjenje, odprta komunikacija, odzivnost osebja, vidna vloga medicinske sestre, kakovost zdravstvene nege, z dokazi podprta praksa, podpora, zadovoljstvo z delom, pomoč ljudem, transparentni odnosi, predanost, vedenje osebja, navdih, razvoj kakovosti, timski duh, znanje, izurjeno osebje, kompetentno osebje, pozitivne interakcije, merjenje izidov, kontinuirana zdravstvena nega, promocija zdravstvene nege, poklicne kompetence, sočutna zdravstvena nega, obhodi, podpora organizacija, angažiranost, etika, avtonomija, vrednote, jasni cilji, produktivnost, poklicna rast, skupni cilji.	Havens et al., 2010; Jenkins & Stewart, 2010; Tanioka et al., 2011; Spence Laschinger et al., 2012; Thompson, 2012; Verschueren et al., 2013; Wong et al., 2013; Wong & Giallonardo, 2013; Mitchell et al., 2014; Westerberg & Tafvelin, 2014; Bahadori et al., 2016; Sfantou et al., 2017; Adams et al., 2018; Alilyyani et al., 2018; García-Sierra & Fernández-Castro, 2018; Saleh et al., 2018; Stevanin et al., 2018; Kiwanuka et al., 2020.
Kategorija 4 – Dejavniki, ki vplivajo na kakovost zdravstvene nege: organizacijski faktorji, delovno okolje, pozitivno okolje, vsakodnevni problemi, delovni odnosi, vrednote organizacije, želja po izboljšanju, kultura, protokoli, smernice, klima, delovni pogoji, izobraževanje	Havens et al., 2010; Spence Laschinger et al., 2012; Wong & Giallonardo, 2013; Bahadori et al., 2016; Sfantou et al., 2017; Adams et al., 2018; Alilyyani et al., 2018; García-Sierra & Fernández-Castro, 2018; Stevanin et al., 2018.
Kategorija 5 – Izidi zdravstvene nege: napake, napačna zdravila, dolga ležalna doba, negativni učinek, večja umrljivost, razjede zaradi pritiska, padci s poškodbo, predolgo čakanje, bolnišnične okužbe, strokovne napake, neustrezno obvladovanje bolečine, vnetje sečil, slabe odločitve, neželeni dogodki, negativni izidi, varnost pacienta, zadovoljstvo pacientov, kazalci kakovosti zdravstvene nege, povečanje zaupanja, krajša ležalna doba, manjša umrljivost.	Havens et al., 2010; Tanioka et al., 2011; Thompson, 2012; Verschueren et al., 2013; Wong et al., 2013; Wong & Giallonardo, 2013; Mitchell et al., 2014; Wong et al., 2015; Bahadori et al., 2016; Sfantou et al., 2017; Adams et al., 2018; Alilyyani et al., 2018; García-Sierra & Fernández-Castro, 2018; Stevanin et al., 2018; Akbiyik et al., 2020; Kiwanuka et al., 2020.
Kategorija 6 – Izidi delovnega okolja: izgorelost, opustitev poklica, zmanjšanje delovne produktivnosti, stres, fluktuacija, število pacientov, preobremenjenost, nizka podpora, negativni izidi zaposlenih, anksioznost, ustrahovanje, čustvena izčrpanost, praksa napredne zdravstvene nege, motivirano osebje, zadovoljstvo zaposlenih, zaupljiv odnos, timsko delo, sodelovanje, kakovost delovne sile, dobro načrtovanje, varno delovno okolje, zmanjšana fluktuacija osebja.	Jenkins & Stewart, 2010; Tanioka et al., 2011; Spence Laschinger et al., 2012; Thompson, 2012; Verschueren et al., 2013; Wong et al., 2013; Wong & Giallonardo, 2013; Mitchell et al., 2014; Westerberg & Tafvelin, 2014; Wong et al., 2015; Bahadori et al., 2016; Alilyyani et al., 2018; Sfantou et al., 2017; Saleh et al., 2018; Stevanin et al., 2018.

glede na pozitivne izide pri pacientu opisujeta Wong (2010) in Verschueren et al., (2013), ki ugotavljata, da je zaupanje, ki temelji na vrednotah, kot sta pravičnost in integriteta, temelj odnosa med vodjo in zaposlenimi.

Podobno so Adams et al. (2018), ki so prvi raziskovali vpliv karakternih značilnosti vodje na izide zdravstvene nege pri pacientu (padci, razjeda zaradi pritiska, okužba centralnega venskega katetra in okužba kot posledica namestitve stalnega urinskega katetra), ugotovili, da se

pričakovanja vodje, avtoriteta vodje in dostop do virov, materiala ipd. povezujejo z izidi pacienta. Tudi Akbiyik et al. (2020) ter Wong et al. (2013) so poudarili ključno povezavo med vodenjem, usmerjenim v odnose, in zmanjšanjem neželenih dogodkov, zlasti napak pri aplikaciji zdravil, umrljivosti pacientov, okužb, povezanih z zdravstveno obravnavo, in razjed zaradi pritiska. Vodje zaposlenih v zdravstveni negi torej (ne) posredno vplivajo na izide pacientov.

Ugotovitve kažejo še, da je za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege pomembno oboje, podporno vodenje in efektivno upravljanje z razpoložljivimi viri, zaposlenimi in procesi (Mosadeghrad, 2014; Usama Saleh et al., 2018). Mehanizmi, kot so ustrezno osebje, omejen obseg nadzora in dobro sodelovanje med osebjem, povečujejo učinke dobrega vodenja in izide pri pacientu (Verschueren, 2013). Med organizacijskimi dejavniki so najpogostejše omenjeni pomembnost števila medicinskih sester, njihova izobrazbena struktura, obremenjenost, organizacija dela, pozornost do pacientov in podobno (Aiken et al., 2018; Lake, Germack, & Viscardi, 2016; Peršolja, 2018). Kot so managerski prijemi potrebni za planiranje, organizacijo in kontrolo, tako so vodstvene sposobnosti potrebne za motivacijsko okolje, kjer sta navdih in podpora osebja ključna za izboljšanje kakovosti zdravstvene nege (Thompson, 2012; Wong et al., 2013). Značilnosti vodenja, kot so hierarhična usmerjenost, nizka naravnost k procesom izboljševanja, pomanjkljivo znanje iz managementa, slabo medpoklicno sodelovanje, ignoranca do celovitega spremljanja kakovosti in slaba izraba človeškega kapitala v organizaciji, so razlogi za slabe odnose med zaposlenimi in posledično manj kakovostno zdravstveno nego (Zor Šabič, 2016). Zaposleni, ki delajo v takem okolju, vodjo pogosto občutijo kot nestrokovnega, nezaupljivega in ukazovalnega (Usama Saleh et al., 2018).

Boljši izidi zdravstvene nege so prepoznani tam, kjer zaposleni vodjo opišejo kot strokovnega, poštenega in transparentnega, z močno etiko, integriteto, podpornega, razumevaločega, sposobnega reševanja problemov in učinkovitega komuniciranja (Wong & Giallonardo, 2013; Zor Šabič, 2016; Usama Saleh et al., 2018). Na kakovost izvedbe storitev namreč vplivajo pogoji dela, strokovnost in motiviranost zaposlenih (Glažar, 2017) ter tudi značilnosti vodje in vodenja. Zaposleni v zdravstveni negi zato želijo usposobljene in kompetentne vodje, ki bi jih podpirali in pooblašali za varno, učinkovito in kakovostno zdravstveno nego. Saleh et al., (2018) priporočajo, da se vodje zaposlenih v zdravstveni negi udeležijo usposabljanja za vodstvene kompetence, kot so učinkovita komunikacija, reševanje konfliktov in sposobnost gradnje dobrih odnosov z osebjem, saj menijo, da je to bistveno za izgradnjo zaupanja. Zaupanje med vodjo zdravstvene nege in sodelavci temelji na vrednotah, kot sta pravičnost in integriteta, in je gonilna sila za pozitivne izide pri pacientu (Wong, 2010; Verschueren, 2013).

Iskali smo raziskave, katerih rezultati poročajo o povezavi med lastnostmi vodje in vodenja ter kakovostjo zdravstvene nege. Rezultate raziskav je bilo težko primerjati. V nekaterih so merili specifične klinične izide pri pacientu, kot so umrljivost, razjede zaradi pritiska, padci s poškodbo ipd., medtem ko so druge merile zadovoljstvo pacientov z zdravstveno nego nasploh. O podobnih ugotovitvah so poročali

tudi nekateri drugi avtorji in izrazili potrebo po nadaljnjih raziskavah na tem področju.

Prihodnje raziskave bi morale biti vzročno-posledične, lastnosti vodenja in vodij bi morale biti v ospredju. Tako vodenje kot kakovost sta zapletena koncepta, katerih značilnosti je težko določiti in izmeriti. Dopolnjeni standardizirani izidi kakovosti zdravstvene nege bi zelo pripomogli k lažji interpretaciji rezultatov in primerljivosti. V nadaljnjih raziskavah bi morale biti te različne vrste rezultatov povezane z različnimi vrstami vodenja.

Zaključek

Prispevek predstavlja pregled literature o lastnostih vodenja in vodij ter povezavo s kakovostjo storitev v zdravstveni negi. Literatura kaže, da je v kliničnem okolju najpogostejše priporočen transformacijski slog vodenja, v katerem se vodja kaže kot nekdo, ki vodenje usmerja v odnose in ima posluš za zaposlene. S takšnim vodenjem med zaposlenimi ustvarja klimo zaupanja, kar vpliva na zadovoljstvo zaposlenih in posledično na kakovost zdravstvene nege.

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-tokijske deklaracije (World Medical Association, 2016) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi Slovenije (2014)./The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2016) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

Prispevek avtorjev/Author contributions

DK je opravil raziskavo in pripravil prvi osnutek prispevka. MP je vsebinsko zasnovala vse dele preglednega članka, definirala teoretična izhodišča, sodelovala pri oblikovanju razprave in zaključkov./DK conducted the research and prepared the first draft of the article. MP drew the content of all parts of the review article, defined the theoretical starting points, participated in the formation of the discussion and conclusions of the article.

Literatura

- Adams, J., Djukic, M., Gregas, M., & Fryer, A. K. (2018). Influence of nurse leader practice characteristics on patient outcomes: Results from a multi-state study. *Nursing Economics*, 36, 259–267.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., & Griffiths, P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: An observational study. *Bio Medical Journal Open*, 8(1), Article e019189. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189> PMID:29326193; PMCID:PMC5781188
- Akbiyik, A., Akin Korhan, E., Kiray, S., & Kirsan, M. (2020). The effect of nurses' leadership behavior on the quality of nursing care and patient outcomes. *Creative Nursing*, (1), e8–e18. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.26.1.e8> PMID:32024743
- Alilyyani, B., Wong, C. A., & Cummings, G. (2018). Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 83, 34–64. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.001> PMID:29684833
- Bahadori, A., Peyrovi, H., Ashghali-Farahani, M., Hajibabae, F., & Haghani, H. (2016). The relationship between nursing leadership and patient satisfaction. *International Journal of Medical Research and Health Sciences*, 5, 134–141.
- CKN. (2017). *Finding the evidence-using PICO searching to support evidence-based nursing practice*. Retrieved September 9, 2020 from <https://www.ckn.org.au/content/finding-evidence-using-pico-searching-support-evidence-based-nursing-practice>
- Drucker, P. (1996). Your leadership is unique. Good news: There is no one leadership personality. *Christianity Today International/Leadership Journal*, 17, 54–55.
- Evans, D. (2003). Hierarchy of evidence: A framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 77–84. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00662.x> PMID:12519253
- Galinec, N. (2012). *Raziskava vpliva glavne medicinske sestre na zagotavljanje kakovosti v zdravstvu (magistrska naloga)*. Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede, Kranj.
- Gantar, B. & Vogrinc, J. (2008). *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Retrieved September 25, 2021 from <http://pefprints.pef.uni-lj.si/179/>.
- García-Sierra, R., & Fernández-Castro, J. (2018). Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 74(12), 2809–2819. <https://doi.org/10.1111/jan.13805> PMID:30019477
- Glažar, T. (2017). Prispevek managementa JZZ k učinkovitemu in uspešnemu zdravstvenemu sistemu. *Novis, glasilo združenja zdravstvenih zavodov Slovenije*, (1), 3–10.
- Havens, D. S., Vasey, J., Gittell, J. H., & Lin, W.-T. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: Impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 926–937. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01138.x> PMID:21073566
- Ivanko, Š. (2019). Vodenje v 21. stoletju. *Revija za univerzalno odličnost*, 8(4), 374–393.
- Jenkins, M., & Stewart, A. C. (2010). The importance of a servant leader orientation. *Health Care Management Review*, 35(1), 46–54. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181c22bb8> PMID:20010012
- JBİ (2020). *Joanna Briggs Critical Appraisal Tools*. Retrieved December 22, 2020 from <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Kiwanuka, F., Nanyonga, R., Sak-Dankosky, N., Muwanguzi, P., & Kvist, T. (2020). Nursing leadership styles and their impact on intensive care unit quality measures: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 133–142. <https://doi.org/10.1111/jonm.13151> PMID:32881169
- Klemen, P. (2017). Vodenje s cilji. *Novis, glasilo združenja zdravstvenih zavodov Slovenije*, (1), 11–12.
- 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.
- Kvas, A., & Seljak, J. (2013). Ocena vodstvenih kompetenc na področju etike za vodje v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(1), 8–17. Retrieved September 25, 2021 from <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2907>
- Kvas, A., & Seljak, J. (2016). A competency-based performance appraisal for nurse leaders. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), 10–19. <https://doi.org/10.14528/snr.2016.50.1.90>
- Lake, E. T., Germack, H. D., & Viscardi, M. K. (2016). Missed nursing care is linked to patient satisfaction: A cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 535–543. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-003961> PMID:26376673; PMCID:PMC4794421
- Laznik, G. (2017). Lastnosti dobrega vodje in stili vodenja v zdravstveni negi. *Revija za ekonomske in poslovne vede*, 5(1), 78–99. Retrieved September 25, 2021 from <https://www.dmszt-nm.si/media/pdf/zbornik-dmt-2020.pdf>

- Laznik, G. (2020). Transformacijsko vodenje: prvi izbor vodenja v zdravstveni negi. In B. Nose & T. Radovan (Eds.), *Menedžment: pomemben dejavnik učinkovitosti in uspešnosti v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. Dolenjske Toplice, 17. januar 2020*, pp. 28–38. Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto. <https://www.dmszt-nm.si/media/pdf/zbornik-dmt-2020.pdf>
- Leskovic, L. (2022). Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi: samoocena vpliva izobraževanja in delovne dobe. *Revija za zdravstvene vede*, 9(1), 30–40. <https://doi.org/10.55707/jhs.v9i1.124>
- Mitchell, M. D., Lavenberg, J. G., Trotta, R. L., & Umscheid, C. A. (2014). Hourly rounding to improve nursing responsiveness: A systematic review. *Journal of Nursing Administration*, 44(9), 462–472. <https://doi.org/10.1097/nnn.0000000000000101> PMid:25148400; PMCID:PMC4547690
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(2), 77–89. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65> PMid:25114946; PMCID:PMC4122083
- NLHBI. (2020). National Heart, Lung, and Blood Institute quality assessment tool. Retrieved December 22, 2020 from <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D. ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, Article n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71> PMid:33782057; PMCID:PMC8005924
- Peršolja, M. (2018). The effect of nurse staffing patterns on patient satisfaction and needs: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 858–865. <https://doi.org/10.1111/jonm.12616> PMid:30171648
- Poortaghi, S., Ebadi, A., Salsali, M., Raiesifar, A., Davoudi, N., & Pourgholamamiji, N. (2019). Significant influencing factors and practical solutions in improvement of clinical nursing services: A Delphi study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 3–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4781-y>
- Rozman, R., Kovač, J., Filej, B., & Robida, A. (2019). *Management v zdravstvenih organizacijah*. Ljubljana: Lexpera, GV Založba.
- Saleh, U., O'Connor, T., Al-Subhi, H., Alkattan, R., Al-Harbi, S., & Patton, D. (2018). The impact of nurse managers' leadership styles on ward staff. *British Journal of Nursing*, 27(4), 197–203. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.4.197> PMid:29457941
- Sfantou, D., Laliotis, A., Patelarou, A., Sifaki- Pistolla, D., Matalliotakis, M., & Patelarou, E. (2017). Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: A Systematic review. *Healthcare*, 5(4), Article 73. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073> PMid:29036901; PMCID:PMC5746707
- Spence Laschinger, H. K., Wong, C. A., Grau, A. L., Read, E. A., & Pineau Stam, L. M. (2012). The influence of leadership practices and empowerment on Canadian nurse manager outcomes. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 877–888. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01307.x> PMid:23050621
- Stevanin, S., Palese, A., Bressan, V., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kvist, T. (2018). Workplace-related generational characteristics of nurses: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(6), 1245–1263. <https://doi.org/10.1111/jan.13538> PMid:29424038
- Strel, N. (2021). *Sposobnosti motiviranja in osebnostne lastnosti vodij v zdravstveni negi* (diplomsko delo). Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, Jesenice. http://datoteke.fzab.si/diplomskadela/2021/Strel_Nina.pdf
- Šavora, M. (2013). *Klinične poti kot orodje nadzora in preverjanja kakovosti zdravstvenih storitev* (magistrsko delo). Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Ljubljana.
- Šega, M., (2019). Karakteristike vodij za spodbujanje ustvarjalnosti in inovativnosti v organizaciji. *Revija za univerzalno odličnost*, 8(1), 89–98. <https://www.fos-unm.si/media/pdf/RUO/2019-8-1/sEGA.pdf>
- Tanioka, T., Kataoka, M., Yasuhara, Y., Miyagawa, M., & Ueta, I. (2011). The role of nurse administrators and managers in quality psychiatric care. *The Journal of Medical Investigation*, 58(1/2), 1–10. <https://doi.org/10.2152/jmi.58.1> PMid:21372481
- Thompson, J. (2012). Transformational leadership can improve workforce competencies. *Nursing Management*, 18(10), 21–24. <https://doi.org/10.7748/nm2012.03.18.10.21.c8958> PMid:22479828
- Saleh, U., O'Connor, T., Al-Subhi, H., Alkattan, R., Al-Harbi, S., & Patton, D. (2018). The impact of nurse managers' leadership styles on ward staff. *British Journal of Nursing*, 27(4), 197–203. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.4.197>
- Verschueren, M., Kips, J., & Euwema, M. (2013). A review on leadership of head nurses and patient safety and quality of care. *Leading in Health Care Organizations: Improving Safety, Satisfaction and Financial Performance*, 14, 3–34. [https://doi.org/10.1108/S1474-8231\(2013\)0000014006](https://doi.org/10.1108/S1474-8231(2013)0000014006)

Westerberg, K., & Tafvelin, S. (2014). The importance of leadership style and psychosocial work environment to staff-assessed quality of care: Implications for home help services. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), 461–468. <https://doi.org/10.1111/hsc.12084> PMid:24313819

Wong, C. A., Cummings, G. G., & Ducharme, L. (2013). The relationship between nursing leadership and patient outcomes: A systematic review update. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 709–724. <https://doi.org/10.1111/jonm.12116> PMid:23865924

Wong, C. A., Elliott-Miller, P., Laschinger, H., Cuddihy, M., Meyer, R. M., Keatings, M., Burnett, C., & Szudy, N. (2015). Examining the relationships between span of control and manager job and unit performance outcomes. *Journal of Nursing Management*, 23(2), 156–168. <https://doi.org/10.1111/jonm.12107> PMid:23826762

Wong, C. A., & Giallonardo, L. M. (2013). Authentic leadership and nurse-assessed adverse patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 21(5), 740–752. <https://doi.org/10.1111/jonm.12075> PMid:23865927

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:2414171

Wong, C. A., Spence Laschinger, H. K., & Cummings, G. G. (2010). Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 889–900. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01113.x> PMid:21073563

Zor Šabič, L. (2016). *Značilnosti in lastnosti vodje tima zdravstvene nege* (magistrsko delo). Fakulteta za organizacijske vede, Univerza v Mariboru, Maribor.

Citirajte kot/Cite as:

Kodele, D., & Peršolja, M. (2023). Povezava lastnosti vodje in vodenja s kakovostjo storitev v zdravstveni negi: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 57(1), 53–63. <https://doi.org/10.14528/snr.2023.57.1.3095>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna navodila

Članek naj bo napisan v slovenskem ali angleškem jeziku, razumljivo in jedrnato. 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 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.

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

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

Etična načela

Če uredništvo ugotovi, da rokopis krši avtorske pravice, se rokopis takoj izloči iz uredniškega postopka. Plagiatorstvo ugotavljamo s *Detektorjem podobnih vsebin* (DPV) in *CrossCheck Plagiarism Detection System*. Avtorji ob oddaji članka podpišejo *Izjavo o avtorstvu* in z njo 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.

Opredelitev tipologije

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

Metodološka struktura članka

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

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

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

Metode (Methods): Navedi 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. Navedi je treba tudi uporabnost ugotovitev in izpostaviti pomen nadaljnjih raziskav za boljše razumevanje raziskovalnega problema. Enakovredno je treba navesti tako pozitivne kot tudi negativne ugotovitve.

Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

Izvirni znanstveni članek je samo prva objava originalnih raziskovalnih rezultatov v takšni obliki, da se raziskava lahko ponovi ter ugotovitve preverijo.

Revija objavlja znanstvene raziskave, za katere zbrani podatki niso starejši od pet let ob objavi članka v reviji.

Uvod: V uvodu opredelimo raziskovalni problem, in sicer v kontekstu znanja in znanstvenih dokazov, v katerem smo ga razvili. Pregled obstoječe znanstvene literature mora utemeljiti potrebo po naši raziskavi in je osnova za oblikovanje namena in ciljev raziskave, raziskovalnih vprašanj oziroma 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) oziroma 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 oziroma v tabelah in slikah ter pazimo, da izberemo le en prikaz

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

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

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

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

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

Pregledni znanstveni članek je pregled najnovejših raziskav o določenem predmetnem področju z namenom 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, zapišemo namen, cilje in raziskovalno vprašanje.

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

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

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

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

Navajanje literature

Vsako trditev, teorijo, uporabljeno metodologijo, koncept je treba potrditi s citiranjem. Avtorji naj uporabljajo APA 6 - *American Psychological* (APA Style, 2021) za navajanje avtorjev v besedilu in seznamu literature na koncu članka. Za navajanje avtorjev v **besedilu** uporabljamo npr.: (Pahor, 2006) ali Pahor (2006), kadar priimek vključimo v poved. Ko avtorje v besedilu navajamo prvič zapišemo do 5 avtorjev s priimki (zadnja dva priimka ločimo z »&«: (Stare & Pahor, 2010; Sharp, Novak, Aarons, Wittenberg, & Gittens, 2007). Če je avtorjev več kot 5 navedemo le prvega in dopišemo »et al.«: (Chen et al., 2007). V nadaljnjem tekstu pišemo kadar so 3 ali več avtorjev priimek prvega avtorja in »et al.« (več o uporabi najdete na strani <https://blog.apastyle.org/apastyle/2011/11/the-proper-use-of-et-al-in-apa-style.html>). Če navajamo več citiranih del, jih ločimo s podpičji in jih navedemo po kronološkem zaporedju, od najstarejšega do najnovejšega, če je med njimi v istem letu več citiranih del, jih razvrstimo po abecednem vrstnem redu: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong et al., 2014). Kadar citiramo več del istega avtorja, izdanih v istem letu, je treba za letnico dodati malo črko po abecednem redu: (Baker, 2002a, 2002b).

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

V **seznamu literature** na koncu članka navedemo bibliografske podatke/reference za *vsa v besedilu citirana ali povzeta dela* (in samo ta!), in sicer po abecednem redu avtorjev. Sklicujemo se le na objavljena dela. Kadar je avtorjev do vključno sedem, moramo navesti vse avtorje. Pred zadnjim avtorjem damo znak &. V primeru, da je avtorjev 8 ali več, navedemo prvih šest avtorjev, dodamo tri pike in zadnjega avtorja. V primeru, da imamo med viri dva avtorja z istim priimkom in enakimi prvimi črkami imena, moramo avtorjevo polno ime napisati v oglatih oklepajih za začetnico imena.

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

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

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

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

Primeri navajanja literature v seznamu

Citiranje knjige:

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

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

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

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

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

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

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

Citiranje člankov iz revij:

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

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

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

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

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

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

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

Citiranje prispevka iz zbornika referatov:

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

Citiranje diplomskega, magistrskega dela in doktorske disertacije:

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

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

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

Citiranje zakonov, kodeksov, pravilnikov in organizacij:

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

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

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

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

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

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

Citiranje elektronskih virov

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

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

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

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

1. NASLOVNA STRAN, ki vključuje:

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

Zahvala/Acknowledgements

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

Nasprotje interesov/Conflict of interest

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

Financiranje/Funding

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

Etika raziskovanja/Ethical approval

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

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

Prispevek avtorjev/Author contributions

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

2. IZJAVA O AVTORSTVU

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

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

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

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

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

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

New Roman, velikost 11 točk. Izraz slika uporabimo za grafe, sheme in fotografije. Uporabimo le dvodimenzionalne grafične črno-bele prikaze (lahko tudi šrafure) ter resolucijo vsaj 300 dpi (dot per inch). Če so slike v dvorazsežnem koordinatnem sistemu, morata obe osi (x in y) vsebovati označbe, katere enote / mere vsebujeta.

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

Predložitev članka s strani urednikov ali članov uredniškega odbora

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

Recenzentovo delo je odgovorno in zahtevno. S svojimi predlogi in ocenami recenzenti prispevajo k večji kakovosti člankov, objavljenih v Obzorniku zdravstvene nege. Od recenzenta, ki ga uredništvo neodvisno izbere, se pričakuje, da bo odgovoril na vprašanja, ki so postavljena v obrazcu OJS, in ugotovil, ali so trditve in mnenja, zapisani v članku, verodostojni in ali je avtor upošteval navodila za objavlanje. Recenzent mora poleg znanstvenosti, strokovnosti in primernosti vsebine za objavo v Obzorniku zdravstvene nege članek oceniti metodološko ter uredništvo opozoriti na pomanjkljivosti. Ni treba, da se recenzent ukvarja z lektoriranjem, vendar lahko opozori tudi na jezikovne pomanjkljivosti. Pozoren naj bo na pravilno rabo strokovne terminologije. Posebej mora biti recenzent pozoren, ali je naslov članka jasn, 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 plagatorstvo in krajo intelektualne lastnine.

S sprejetjem recenzije se recenzent zaveže, da jo bo oddal v predpisanem roku. Če to ni mogoče, mora takoj obvestiti uredništvo. Recenzent se obveže, da vsebine članka ne bo nedovoljeno razmnoževal ali drugače zlorabil. Recenzije so anonimne: recenzent je avtorju neznan in obratno. Recenzent bo v pregled prek sistema OJS prejel le vsebino članka brez imena avtorja. V sistemu OJS recenzent poda svoje strokovno

mnenje v recenzijskem obrazcu. Če ima recenzent večje pripombe, jih kot utemeljitev za sprejem ali morebitno zavrnitev članka na kratko opiše oz. avtorju predlaga nadaljnje delo, pri čemer upošteva njegovo integriteto. Zaradi večje preglednosti in lažjih dopolnitev s strani avtorja lahko recenzent svoje pripombe in morebitne predloge vnese v besedilo članka, pri tem uporabi možnost, ki jo ponuja Microsoft Word – sledi spremembam (Track changes). Recenzent mora biti pozoren, da pred uporabo omenjene možnosti prikrije svojo identiteto (sledí spremembam, spremeni ime/Track changes, change user name). Recenzentsko verzijo besedila članka z vključenimi anonimiziranimi predlogi nato recenzent naloži v sistem OJS in omogoči avtorju, da predloge dopolnitev vidi. Končno odločitev o objavi članka sprejme uredniški odbor.

Literatura

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

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

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

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

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

Posodobljeno december 2021

Citirajte kot:

Obzornik zdravstvene nege. (2023). Navodila avtorjem in recenzentom. *Obzornik zdravstvene nege* 57(1), 64–70.

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

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

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

Ethical principles

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

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

Article typology

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

Methodological structure of an article

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

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

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

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

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

section should be directly connected to the research question and purpose of the study. Quantitative studies should include the statement of statistical validity and statistical significance of the results.

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

Structure of an Original Scientific Article (1.01)

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

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

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

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

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

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

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

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

findings and the areas requiring further or in-depth research as indicated by the results of the study. The limitations of the research should be clearly stated.

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

Structure of a Review Article (1.02)

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

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

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

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

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

The *results of the review* include the number of hits, the number of reviewed research studies, the number of included and excluded sources consulted. The **results** are presented in the form of a diagram of all the research stages of the review. International

standards for the presentation of the literature review results may be used for this purpose (e.g. PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis).

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

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

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

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

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

References

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

after the relevant word and before the punctuation mark: (Pahor, 2006). When we list the authors in the text for the first time, we write up to 5 authors with surnames (the last two surnames are separated by '&': (Old & Pahor, 2010; Sharp, Novak, Aarons, Wittenberg, & Gittens, 2007). If there are more than 5 authors, we list only the first and add 'et al.': (Chen et al., 2007). In the following text we write over 3 authors surname and 'et al.' nad (more about use can be found on the page <https://blog.apastyle.org/apastyle/2011/11/the-proper-use-of-et-al-in-apa-style.html>). Several references are listed in the chronological sequence of publication, from the most recent to the oldest. If several references were published in the same year, they are listed in alphabetical order: (Bratuž, 2013; Pajntar, 2013; Wong et al., 2013). In citing works by the same author published in the same year, a lower case letter after the date must be used to differentiate between the works: (Baker, 2002a, 2002b).

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

All in-text citations should be listed in the **references** at the end of the document. Only the citations used are listed in the references, which should be arranged in alphabetical order according to authors' last names. In-text citations should not refer to unpublished sources. If there are several authors, the in-text citation includes only the last name of the first author followed by the phrase et al. and the publication date. When there are more than six authors, the reference includes the first six authors' names followed by et al. The list of references should be arranged in alphabetical order according to the first author's last name, character size 12pt with single spaced lines, left-aligned and with 12pt spacing after references (paragraph spacing). Cited pages should be included in the in-text citation if the original segment of the text is cited (Ploč, 2013, p.56) and in the references (see examples). If several pages are cited from the same source, the pages should be separated by a comma (e.g. pp. 15–23, 29, 33, 84–86). If a source cited is also accessible on the World Wide Web, the bibliographic information should

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

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

Reference examples by type of reference

Book references:

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

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

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

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

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

References for books edited by one or multiple authors:

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

Journal article references:

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

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

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

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

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

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

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

References for published conference proceedings:

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

References for diploma theses or master's theses and doctoral dissertations:

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

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

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

References for laws, codes, regulations and organisations:

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

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

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

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

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

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

References for electronic resources:

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

ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES

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

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

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

1. The TITLE PAGE, which should include:

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

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

Acknowledgements

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

Conflict of interest

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

Funding

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

Ethical approval

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

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, including the title, abstract, tables, pictures and literature. The number of words should be stated in the 'Title Page' document.

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

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

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

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

Article submissions by editors and members of the editorial board

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

The editorial board – author/s relationship

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

manuscripts are proofread to improve the grammar and language presentation. The authors are also requested to read the first printed version of their work for printing mistakes and correct them in the PDF. Any other changes to the manuscript are not possible at this stage of the publication process. If authors do not reply within three days, the first printed version is accepted.

GUIDE TO REVIEWERS

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

The reviewers should complete their review within the agreed time period, or else immediately notify the editorial board of the delay. Reviewers are not allowed to copy, distribute or misuse the content of the articles. Reviews are subjected to an external, blind peer review process. The prospective reviewer will receive a manuscript with the authors' names removed from the document through the OJS system. For each article, reviewers must complete a review form in the OJS system with the evaluation criteria laid out therein. The reviewer may accept the manuscript for publication as it

is, or may require revision, remaking and resubmission if significant changes to the paper are necessary. The manuscript is rejected if it fails to meet the required criteria for publication or if it is not suitable for this type of journal. The reviewer should, however, respect the author's integrity. All comments and suggestions to the author are outlined in detail within the text by using the MS Word *Track Changes* function. The reviewed manuscript, including anonymised suggestions, are uploaded to the OJS system and made accessible to the author. The reviewer should be careful to mask their identity before completing this step. The final acceptance and publication decision rests with the editorial board.

References

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

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

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije. (2014). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, 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. Retrieved from <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>
PMid:24141714

Updated on December 2021

Cite as:

Slovenian Nursing Review. (2023). Guide for authors and reviewers. *Slovenian Nursing Review*, 57(1), 71–78.



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: