

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review



48(3)
Ljubljana 2014

SLOVENIAN NURSING REVIEW

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

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

Founded and published by:

The Nurses and Midwives Association of Slovenia

Editor in Chief and Managing Editor:

Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Associate Professor

Editor, Executive Editor:

Andreja Mihelič Zajec, BSc, RN, Lecturer

Editor, Web Editor:

Ema Dornik, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor

Editorial Board:

- **Branko Bregar, MSc, RN, Senior Lecturer**, University Psychiatric Hospital, Slovenia
- **Ema Dornik, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor**, Institute of Information Science, Slovenia
- **Sonja Kalauz, PhD, MSc, MBA, BSc, RN, Assistant Professor**, University of Applied Health Studies Zagreb, Croatia
- **Andreja Kvas, PhD, MSc, BSN, RN, Senior Lecturer**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mateja Lorber, MSc, BSc, RN, Senior Lecturer**, University of Maribor, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Andreja Mihelič Zajec, BSc, RN, Lecturer**, University of Ljubljana, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Fiona Murphy, PhD, MSN, BN, RGN, NDN, RCNT, PGCE(FE)**, Associate Professor, Swansea University, College of Human & Health Sciences, United Kingdom
- **Alvisa Palese, DNurs, MSN, BCN, RN, Associate Professor Nursing Science**, Udine University, School of Nursing, Italy
- **Melita Peršolja, PhD, MSc, BSN, RN, Assistant Professor**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Mirko Prosen, MSc, BSc, RN, Senior Lecturer**, University of Primorska, Faculty of Health Sciences, Slovenia
- **Brigita Skela-Savič, PhD, MSc, BSc, RN, Associate Professor**, Faculty of Health Care Jesenice, Slovenia
- **Debbie Tolson, PhD, MSc, BSc (Hons), RGN, FRCN, Professor**, University West of Scotland, School of Health, Nursing and Midwifery, United Kingdom

Reader for Slovenian:

Ana Božič, BA

Reader for English:

Tina Levec, BA

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

E-mail: obzornik@zbornica-zveza.si

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

Annual subscription fee (2014): 10 EUR for students and the retired; 25 EUR for individuals; 70 EUR for institutions.

Print run: 1400 copies

Designed and printed by: Tiskarna Radovljica

Printed on acid-free paper.

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

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

The publication of the Slovenian Nursing Review in 2014 is co-financed by the Slovenian Research Agency, *Public tender for co-financing of the publication of domestic scientific periodicals in 2013 and 2014*, (the contract 630-194 / 2013-1).

Obzornik zdravstvene nege

Slovenian Nursing Review

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

REVIEW OF THE NURSES AND MIDWIVES ASSOCIATION OF SLOVENIA



Ljubljana 2014 Letnik 48 Številka 3
Ljubljana 2014 Volume 48 Number 3

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

PREDSTAVITEV, NAMEN IN CILJI

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

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

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

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

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

SLOVENIAN NURSING REVIEW

INTRODUCTION, PURPOSE AND OBJECTIVES

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

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

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

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

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

KAZALO/CONTENTS**UVODNIK/LEADING ARTICLE**

- Effects of nursing care on patient outcomes: times to reflect and to take decisions
 Učinki zdravstvene nege na izid zdravljenja: čas za refleksijo in ukrepanje
Alvisa Palese 164

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

- A comparison of frequency of medical interventions and birth outcomes between the midwife led unit and the obstetric unit in low-risk primiparous women
 Primerjava pojavnosti medicinskih intervencij in porodnih izidov pri nizkorizičnih prvorodnicah v samostojni babiški enoti in porodni enoti
Anita Prelec, Ivan Verdenik, Angela Poat 166

- Understanding the attitudes of paramedics towards suicidal patients
 Razumevanje odnosa reševalcev do pacientov, ki so samomorilno ogroženi
Barbara Rant, Branko Bregar 177

- Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu z njihovo obravnavo
 Elderly users' satisfaction with home nursing care
Danica Železnik, Sanda Rajčič 195

- Aktivnosti za preprečevanje padcev v rehabilitaciji pacientov po možganski kapi in njihov učinek na incidenco padcev
 Fall prevention activities for inpatients at stroke rehabilitation setting and their impact on the incidence of falls
Natalija Kopitar, Nika Goljar, Vesna Mlinarič Lešnik 206

- Vpliv ovite popkovnice na pojavnost operativnega dokončanja poroda
 Impact of wrapped umbilical cord on the incidence of operative delivery
Tanja Petrova, Miha Lučovnik 215

- Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov
 Attitude and knowledge of nursing clinical mentors about patient safety
Andrej Robida 220

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

- Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso
 Comprehensive approach to the assessment and treatment of pain in dementia patients: evidentially based good practice recommendations
Radojka Kobentar 227

Leading article/Uvodnik

Effects of nursing care on patient outcomes: times to reflect and to take decisions Učinki zdravstvene nege na izid zdravljenja: čas za refleksijo in ukrepanje

Alvisa Palese

There is important recent scientific evidence published in *The Lancet* by Aiken and colleagues (2014) who have documented the effects of nursing care including about 300 hospitals in 9 European Union countries and 2 countries of the European Free Trade Association (Switzerland and Norway). From the findings which documented outcomes from 422,730 patients, even in the European context with its nursing roles and work conditions that are different from those documented in the United States of America, Aiken and colleagues (2014) found that for each additional surgical patient managed by a registered nurse, there is an increase of 7 % in the risk of mortality at 30 days. From the same study, patients cared for at hospitals in which 60 % of nurses had a bachelor's degree, who attended an average of six patients, had a mortality rate almost 30 % lower than patients at hospitals in which only 30 % of nurses had a bachelor's degree.

This is the first time that such evidence has been produced in the European context, confirming what has already been reported in different health-care settings around the world. Nurses, at the educational, clinical, and organizational level, have always known and professed that the number of nurses and their educational level make a difference on patient outcomes. However, only recently has gradually accumulating evidence based on research confirmed the relation between quantity and quality of nursing care and patient clinical outcomes. Therefore, decision-makers responsible for re-designing and re-thinking the health care systems in a context of limited resources should consider this evidence when making decisions for the future care of the citizens.

The study performed by Aiken and colleagues (2014) has already become a landmark in the history of European nursing and suggests undertaking several decisions in the field of nursing education and workforce organization. To begin with, this is the first pan-European study that has been under way since 1999,

when throughout the Bologna Process, education began to be harmonised in different cycles (Bachelor, Master, Doctorate) influencing at different levels also nursing education (Palese, et al., 2014). Secondly, this is the first study documenting the variability within and between countries with respect to the nurse-to-patient ratio (=the number of patients managed, on average, by each nurse) (Palese & Watson, 2014). According to the findings, there is a range from a minimum of 3.4 patients (Norway) to a maximum of 17.9 patients (Spain) for each nurse. The effect of having few nurses at the bedside is immediate: workloads increase, necessary care is not assured and the occurrence of missed care also increases; adverse events such as falls, pressure sores, reduced autonomy in activities of daily living, infections associated with health-care practices and not lastly, an increased risk of mortality, are more probable; emotional exhaustion and frustration may increase among nurses because they cannot offer the patients the best level of care that they are able to and would offer according to their professional and ethical values, knowledge and competence.

Several countries are trying to deal with the current debilitating economic crisis. Cost-containment measures have been adopted and most of these are affecting nursing education and the workforce. Among other measures documented, some health-care settings cannot hire new graduates of which they have dramatic need to ensure the safety of their patients. Recent graduates remain unemployed for a long time, losing the skills in which the country has invested through degree programmes as well as the clinical training offered by hospitals and communities which have contributed to preparing future generations of nurses.

Patients who lack proper nursing care are exposed to more risks and complications, requiring longer hospital stays and additional costs that could be avoided if they were properly assisted by an adequate number of well-prepared nurses. In addition, aiming to maintain their

Alvisa Palese, DNurs, MSN, BCN, RN, Associate Professor in Nursing Science, Udine University, School of Nursing, Italy
Correspondence e-mail/Kontaktne e-naslov: alvisa.palese@uniud.it

Received/Prejeto: 30. 8. 2014
Accepted/Sprejeto: 4. 9. 2014

<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.23>

competence and skills, many of the newly graduated decide to leave their countries, reaching those where nurses are appreciated and employed to protect patient safety. This emerging migration worsens the situation of several countries who are losing new generations of nurses, leaving those senior nurses unsupported by new energy and competence which is absolutely needed in the complex health-care environment. In fact, only when different generations can work together in an integrated manner with each other, exchanging knowledge and expertise, can the profession grow (Canzan, et al., 2013).

Through the abovementioned study we have concrete evidence of the effects of European nursing care on patients, which is no longer merely the opinion of clinical nurses, nursing educators and managers. Reporting similar evidence documented previously for non-European countries, we were always alerted by decision-makers regarding contexts that were too different from our own, and therefore the results could not be generalised. Today, the countries involved in the research include Spain, Belgium, England, Finland, Ireland, the Netherlands, and Sweden as well as Norway and Switzerland, some of which share the same economic difficulties. There is a need for an immediate reaction with policies capable of integrating this 'new' evidence into daily practice and/or recommendations for nursing education and workforce issues. Communicating this evidence to our stakeholders at their different levels is urgently required: each of us may contribute to influencing the decisions regarding the future of nursing.

Literature

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al., 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), pp. 1824-1830.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

PMid:24581683; PMCID:PMC4035380

Canzan, F., Saiani, L., Mortari, L. & Ambrosi, E., 2013. When patients talk about care: a qualitative phenomenological study. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 32(4), pp. 205-212.

<http://dx.doi.org/10.1702/1381.15358>

PMid:24441465

Palese, A., Zabalegui, A., Sigurdardottir, A.K., Bergin, M., Dobrowolska, B., Gasser, C., et al., 2014. Bologna process, more or less: nursing education in the European economic area: a discussion paper. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 11(1).

<http://dx.doi.org/10.1515/ijnes-2013-0022>

PMid:24695045

Palese, A. & Watson, R., 2014. Nurse staffing and education in Europe: if not now, when? *Lancet*, 383(9931), pp. 1789-1790.

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60188-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60188-4)

PMid:24581681

Cite as/Citirajte kot:

Palese, A., 2014. Effects of nursing care on patient outcomes: times to reflect and to take decisions. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 164–165. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.23>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

A comparison of frequency of medical interventions and birth outcomes between the midwife led unit and the obstetric unit in low-risk primiparous women

Primerjava pojavnosti medicinskih intervencij in porodnih izidov pri nizkorizičnih prvorodnicah v samostojni babiški enoti in porodni enoti

Anita Prelec, Ivan Verdenik, Angela Poat

Key words: low risk; labour; medical interventions; perinatal outcomes

Ključne besede: nizko tveganje; porod; medicinske intervencije; perinatalni izidi

Anita Prelec, RN, MSc in Midwifery (UK); University Medical Centre Ljubljana, Division of Gynaecology, Department of Perinatology, Šlajmerjeva 4, 1000 Ljubljana, Slovenia

Correspondence e-mail/
Kontaktne e-naslov:
anita.prelec@kclj.si

Ivan Verdenik, PhD, University Medical Centre Ljubljana, Division of Gynaecology, Research Unit, Šlajmerjeva 4, 1000 Ljubljana, Slovenia

Angela Poat, RM, MEd, PhD Lecturer, University of Hull, Faculty of Health and Social Care, Cottingham Road, Hull, HU6 7RX, England, United Kingdom

The article is based on the MSc thesis of Anita Prelec:

A comparison study between the birth processes, maternal and newborn outcomes in the midwife led birthing unit and an ordinary labour ward in the Ljubljana Maternity Hospital (2013).

Received/Prejeto: 31. 3. 2014
Accepted/Sprejeto: 26. 8. 2014

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this national research was to compare birth, maternal and newborn outcomes in the midwife led unit and the obstetric unit to ascertain whether a midwife led unit reduced medicalisation of childbirth.

Methods: A prospective observational case-control study was carried out in Ljubljana Maternity Hospital in the period May - August 2013. The sample comprised 497 labouring women; 154 who attended the midwife led and 343 who attended in the obstetric unit, both matching the same inclusion criteria: low risk primiparous; singleton term pregnancies, normal foetal heart beat, cephalic presentation; spontaneous onset of labour. The primary outcome was the caesarean section rate. Chi-square test was used to compare medical interventions and birth outcomes.

Results: Women in the midwife led unit had statistically significant higher spontaneous vaginal births ($p < 0.001$), less augmentation with oxytocin ($p < 0.001$), less use of analgesia ($p < 0.001$), less operative vaginal deliveries ($p < 0.001$) and less caesarean sections ($p < 0.001$), lower rates of episiotomy ($p < 0.001$) and more exclusively breastfed ($p = 0.002$).

Discussion and conclusion: These significant findings showed that in the midwife led unit fewer medical interventions were used. For generalisation of the findings more similar studies in Slovenia are needed.

IZVLEČEK

Uvod: Namen nacionalne raziskave je bila primerjava porodnih izidov ter izidov pri materah in novorojenčkih v samostojni babiški enoti in porodni enoti ter tako preveriti, ali so porodi v samostojni babiški enoti manj medikalizirani.

Metode: Prospektivna opazovalna raziskava primerov s kontrolami je bila izvedena med majem in avgustom 2013. V raziskavi je sodelovalo 497 žensk, 154 žensk je rodilo v samostojni babiški enoti in 343 žensk v porodni enoti. Obe skupini žensk sta izpolnjevali enak vstopni kriterij: prvorodnice brez prisotnih dejavnikov tveganja, ob porodnem terminu, z enim plodom v glavični vstavi, normalno plodovo frekvenco srca in spontanim začetkom poroda. Primarni izid je bil delež carskih rezov. Za primerjavo medicinskih intervencij in porodnih izidov v obeh skupinah je bil uporabljen test hi-kvadrat.

Rezultati: Ženske, ki so rodile v samostojni babiški enoti, so imele statistično pomembno več spontanah vaginalnih porodov ($p < 0.001$), manj pospeševanj z oksitocinom ($p < 0.001$), manjšo uporabo analgetikov ($p < 0.001$), manj operativnih vaginalnih porodov ($p < 0.001$) in carskih rezov ($p < 0.001$), manj epiziotomij ($p < 0.001$) in več polnega dojenja ($p = 0.002$).

Diskusija in zaključek: V samostojni babiški enoti je bilo uporabljenih manj medicinskih intervencij. Za generalizacijo zaključkov te študije bi bile potrebne nadaljne raziskave v Sloveniji.

Introduction

Pregnancy and childbirth are crucial life events for every woman. A normal physiological labour and birth is powered by the innate human capacity of the woman and fetus. Supporting the normal physiologic processes of labour and birth has the potential to enhance best outcomes for the mother and newborn (American College of Nurse-Midwives, 2013).

The increase of medicalisation of childbearing and women's dissatisfaction with maternity services have been publicly uttered worldwide (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007). Different models of care for childbearing women were introduced: home births, the development of midwifery-led services and the development of birth centres, either inside or outside the hospital (Guilliland, et al., 2006). However, too many healthy pregnant women still have medicalized birth in obstetric settings. Many women have had physical and mental trauma as a result of unnecessary medical interventions, affecting their birth experiences (Parry, 2008). These types of experiences were not recognized as biological and individualistic (Inhorn, 2006). However, Christiaens (2011) claimed that the use of medical technology makes childbirth relatively predictable and controllable and therefore a preferred option for some women and health professionals.

In many parts of the world midwives are primary care givers in childbearing (Page, 2007). In Slovenia (Zakon o zdravniški službi, 2006) and other parts of the world (Government of Western Australia, 2003) care is shared or exclusively performed by physicians or gynaecologists. According to the National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) guidelines and the International Confederation of Midwives (ICM) (2008a) statements, midwives as the primary caregivers are the safest and the most cost effective experts in normal childbirth.

International Confederation of Midwives (2008b) argues that all women should have access to midwifery-led care. There are different models of midwifery led services for low risk women: midwifery team (McCourt, 2006) and caseload midwifery, with greater continuity of caregiver throughout the ante, intra and postpartum care (Johnson, et al., 2003; McLachlan, et al., 2012). These models show significant improvements in maternal outcomes when compared to standard care and address women's specific needs, preferences and expectations (Hatem, et al., 2008) and satisfaction with antenatal care (Wiysonge, 2009).

Kitzinger (2011) argued that midwife led units (MLU) are the soft transition from medicalised care to women friendly, but still hospitalised care for women in labour. The evidence shows that women who give birth in a MLU are more likely to have a normal birth in comparison to women who plan to give birth in an obstetric unit (OU) (National Institute for Health and

Clinical Excellence, 2007). The measured outcomes in MLU fortify changes in maternity service: high-quality and safety (Wiegers, 2009), less medical interventions (Overgaard, et al., 2011; Suzuki, et al., 2011), reduced caesarean section and instrumental vaginal births (Janssen, et al., 2007), less use of analgesia and episiotomy (Eide, et al., 2009), control during labour, more spontaneous vaginal births and initiating of breastfeeding (Hatem, et al., 2008). Sutcliffe (2012) described midwifery led care as effective, cost-effective, and efficient health care not just to women, but also to their families and communities.

Introduction of different models of care in Slovenian maternity service has taken too long despite the needs and strong ambitions of women and midwives efforts. The first alongside MLU was established in the Postojna Maternity Hospital in 2011. Women have good access to public maternity services; however, they meet various caregivers during the childbirth continuum and studies have shown that multiple prenatal care providers give different information to women, which results in confusion and anxiety (Metcalf, et al., 2013).

Hadjigeorgiou and colleagues (2012) stated that many women's choices about the place of birth are medically oriented. Their statement was based on critical synthesis of 23 published researches concerning women's experiences in choosing where to give birth. Contrary, Jomeen and Martin (2008) claimed that in reality – birth place choices are just an illusion. Nevertheless, the researcher believes that each woman has the right to choose the birth place in Slovenia, however, in current maternal service these options are limited.

Aims and objectives

With the introduction of MLUs in Ljubljana Maternity Hospital there was a unique opportunity to examine how MLU effects maternal and newborns outcomes. The aim of this research was to compare the birth processes, maternal and newborn outcomes of labours managed in the MLU to those managed in the OU for low risk primiparous women. The research hypothesis stated that negative secondary outcomes in MLU would be lowered by 15 %.

Methods

The research was based on a quantitative research method. A prospective observational case-control design was chosen. As Mann (2003) stated, case-control studies are mostly retrospective, however, they could be an acceptable method for studying numerous problems, particularly where randomised control research would be unethical, inappropriate or inadequate. Therefore a case-control study was chosen as the most appropriate design. To avoid unethical issues, respect the women's autonomy and

rights to choose a place of birth, the choice for prospective observational case-control study was a reasonable decision. The data were collected using a partogram and a database of the National Perinatal Information System.

The study was conducted between May and August 2013.

Description of the research instrument

The primary outcome of the research was the caesarean section rate because in a MLU the rate of caesarean section rate should be lower. Among the secondary outcomes of the research the birth outcomes and medical interventions, such as spontaneous rupture of membranes, electronic fetal monitoring, augmentation with oxytocin, use of analgesia and operative vaginal delivery were analysed. Among the maternal outcomes spontaneous vaginal birth, rate of episiotomy, perineal laceration, postpartum hemorrhage of more than 500 ml, transfusion and manual removal of placenta were evaluated. Newborn's characteristics, such as gender, resuscitation, referral to Neonatal Intensive Care Unit, Apgar score less than 6, breastfeeding and birth weight were also considered.

In this research, the intervention was defined as the labour of low risk women managed by midwives in the MLU, using the clinical pathway for normal birth introduced as a new standard for low risk women in labour which started in the beginning of 2012. The control was defined as the labour of low risk women giving birth in the OU.

Description of the sample

Preliminary data from the National Perinatal Information System in 2012 indicated that the incidence of the negative secondary outcomes such

as episiotomy, third and fourth degree perineal tears, postpartum haemorrhage and transfusion among controls was 40 %. In this case the sample needed for the study (considering 1: 2 ratio of cases versus controls) was 155 case subjects and 309 control subjects to be able to reject the hypothesis that the failure rates for experimental and control subjects were equal with probability (power) 0.8.

During the research, there were 1916 labouring women in Ljubljana Maternity Hospital, 1843 pregnant women with a singleton. 910 women gave births for the first time, 600 of them were at term. 20 newborns were born in breech position. For the purpose of this research, an additional 83 women were excluded for referral to tertiary centre, gestational diabetes, fetal growth restriction, mental and other health disorders. The final group of 497 healthy primiparous pregnancies was included in this research. The inclusion criteria for participants were: low risk primiparous women; singleton pregnancies at 37⁺⁰ - 41⁺³ weeks of gestation; normal foetal heart beat according to NICE guidelines (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007); cephalic presentation; spontaneous onset of labour; active phase of labour (at least 3 contractions in 10 minutes and cervix dilated to at least 3 cm - according to the policy of the Ljubljana Maternity Hospital). 154 women decided to give birth in MLU (signed as a study group) and 343 women were located in OU (control group). The MLU is managed by midwives who promote physiological childbirth to minimize interventions during the labour. The group of low risk women fulfilling the inclusion criteria for MLU and expressing natural, non medicalised birth were defined as the study group. This approach to defining a case was also suggested by Yin (2003) who said that cases for case study can be projects, programmes, persons or groups of persons.

Table 1: *Demographic data*

Tabela 1: *Demografski podatki*

Items/ Postavke	Study group/ Eksperimentalna skupina		Control group/ Kontrolna skupina		p*
	n = 154	%	n = 343	%	
Marital status					0.894*
Single	4	2.6	11	3.2	
Married	66	42.9	152	44.3	
Cohabitation	84	54.5	179	52.2	
Widow	-	-	1	0.3	
Education less than higher degree	70	45.5	161	46.8	0.846*
Presence of a companion	141	91.6	314	91.5	0.749*
Prenatal classes	143	92.9	307	89.5	0.238*
Age (\bar{x})	28.51 years		28.67 years		0.687* 0.864(MWt)**

Legend/Legenda: n – number/število; % – percentage/odstotek; p* – Chi-square test, a statistically significant value in the 0.05 or less/ test hi-kvadrat, statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj; MWt** - Mann-Whitney test/Mann-Whitneyev test; \bar{x} average/povprečje

By testing and comparing case and control groups the objective was to determine whether or not there were substantial differences in a process as described by Mann, (2003). To make sure that both groups are homogenous, several measures were taken. In the study period the inclusion criteria were reviewed by the midwives during the admission processes of primiparous pregnancies at Ljubljana Maternity Hospital and once again in the labour ward. All the women not meeting the inclusion criteria were not enrolled in the study.

Table 1 shows the demographic data for both groups of included women. In the study group the average age was 28.51 versus 28.67 years ($p = 0.687$) in the control group. 70 (45.5 %) women in the study group have less than higher degree education, while in the control group the number of women is 161 (46.8 %) ($p = 0.784$). In the study group 4 (2.6 %) women were single, 66 (42.9 %) were married and 84 (54.5 %) women were cohabitating. In the control group 11 (3.2 %) women were single, 152 (44.3 %) women were married, 179 (52.2 %) were cohabitating and 1 (0.3 %) woman was declared as a widow.

141 (91.6 %) women in the study group and 314 (91.5 %) in the control group had a companion of her choice during the labour. 143 (92.9 %) women in the study group and 307 (89.5 %) women in the control group have attended prenatal classes. According to the data from the National Perinatal Information System both groups of women were representative of the population of primiparous women, which gave birth in Slovenia in 2012. No statistical differences were detected between the demographic data of the groups.

Description of the research procedure and data analysis

The research involved human participants and increased the question of ethical propriety. Every aspect of this research was guided by national and international ethical research standards, including the right to privacy, confidentiality, anonymity, voluntary participation and the right to withdraw (Pravilnik o sestavi, nalogah, pristojnostih in načinu dela komisije za medicinsko etiko, 1995; World Medical Association, 2000; Directive 2001/20/EC, 2001).

A letter requesting access to the databases was addressed to the management of the University Medical Centre, Department of Obstetrics & Gynaecology, Head of Ljubljana Maternity Hospital and Head Midwife of Ljubljana Maternity Hospital. On obtaining access permission the researcher received approval from the National Medical Ethics Committee of the Republic of Slovenia (N^o 89/01/12), Ethics Committee of the University Medical Centre Ljubljana and the Ethics Committee of the School of Health and Life Sciences at Glasgow Caledonian University. During the research, the necessary steps

were taken to ensure that the integrity of participants was recognized and protected. The main ethical issues to be addressed during the study pertained to consent and confidentiality. The study started on 1st of May 2013 and finished on 15 of August 2013.

The information sheet was presented by the researcher to the pregnant women and their partners at three main (introductory) lessons at prenatal classes organized by the Ljubljana Maternity Hospital. Informed and voluntary consent was an explicit agreement by the participants, which was given without inducement or threat. More than 500 participants, who were interested, received the information sheet. Potential participants also received information during individual consultation with the midwives at Ljubljana Maternity Hospital, after 36 week of gestation and before the admission to the labour ward. Participants were asked to sign a informed consent form which reflected their voluntary participation in the research and it became part of their medical files. When women in labour came to MLU or OU, the midwives in admission room checked the inclusion criteria once again and confirmed their participation in the research. It was clearly expressed in the written and verbal details that no reason or explanation was required if participants chose to withdraw from the study.

From the beginning until the end of the research, special attention to protect the anonymity and confidentiality of the participants was undertaken. To protect anonymity of the participant's numbering/coding was used throughout the research process. Assurances were given to participants that any information gained during the research would be held in the strictest confidence. All the papers were kept in a locked office with restricted access. In addition, password protected computer and disposal of data by the researcher and the anonymity of participants in any reports or publications generated as a result of this research were guaranteed. Safeguarding of medical records during and after the research process were carried out in accordance with Slovenian data protection regulation.

Due to stringent inclusion and exclusion criteria the sample obtained were homogeneous groups. Therefore univariate analysis was sufficient. Results were presented using numbers and percentages for categories, with means and standard deviation for continuous variables. For comparison of categorical outcomes between groups the chi-square test was used, while for continuous variables Student t-test or Mann-Whitney test were used (dependent on distributional normality). Statistical analysis was performed using SPSS ver. 21. Differences were considered statistically significant when $p < 0.05$.

The Type I error probability associated with the testing of the hypothesis was 0.05. For the calculation of required sample size, EPI Info StatCalc programme has been used.

Results

Some of the key findings are presented below.

Birth outcomes and medical interventions

Some medical interventions during the labour and birth outcomes are presented in Table 2.

Spontaneous rupture of membranes occurred in 69 (44.8 %) women in the study group and 168 (49 %) women in the control group. Electronic fetal monitoring was used in 153 (99.4 %) labours in the study group and in 339 (98.5 %) labours in the control group. No augmentation with oxytocin was necessary in 106 (68.8 %) labours in the study group and 55 (16.0 %) ($p < 0.001$) labours in the control group, which was

Table 2: *Birth outcomes and medical interventions*

Tabela 2: *Porodni izidi in medicinske intervencije*

Items/ Postavke	Study group/ Eksperimentalna skupina		Control group/ Kontrolna skupina		p^*
	$n = 154$	%	$n = 343$	%	
Spontaneous rupture of membrane	69	44.8	168	49.0	0.491*
Electronic fetal monitoring	153	99.4	339	98.5	
Augmentation (oxytocin)					< 0.001*
1st stage of labour	33	21.4	257	74.9	
2nd stage of labour	15	9.7	31	9.0	
No augmentation	106	68.8	55	16.0	
Analgesia					< 0.001*
Pharmacological	90	58.4	273	79.6	
Nitrous oxide	52	33.8	64	18.7	
Not used	12	7.8	6	1.7	
Operative vaginal delivery (vacuum)	1	0.6	16	4.7	< 0.001*
Cesarean section	3	1.9	46	13.4	< 0.001*

Legend/Legenda: n – number/število; % – percentage/odstotek; p^* – Chi-square test, a statistically significant value in the 0.05 or less/ test hi-kvadrat, statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Table 3: *Maternal outcomes*

Tabela 3: *Maternalni rezultati*

Items/ Postavke	Study group/ Eksperimentalna skupina		Control group/ Kontrolna skupina		p^*
	$n = 154$	%	$n = 343$	%	
Spontaneous vaginal labour (without cesarean section, vacuum, perineal laceration and episiotomy)	100	64.9	142	41.4	< 0.001*
Episiotomy (vaginal delivery)	51	33.8	155	52.2	0.001*
Laceration					0.063*
1st and 2nd degree	18	11.7	61	17.8	
3rd and 4th degree	1	0.6	5	1.5	
Postpartum haemorrhage > 500 ml – atonia	2	1.3	19	5.5	0.085*
Transfusion	-	-	2	0.6	
Manual removal of placenta and extraction of tissue	5	3.2	25	7.3	0.216*

Legend/Legenda: n – number/število; % – percentage/odstotek; p^* – Chi-square test, a statistically significant value in the 0.05 or less/ test hi-kvadrat, statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

a significant difference. In the first stage of labour the augmentation with oxytocin was used in 257 (74.9 %) labours in the control group and 33 (21.4 %) ($p < 0.001$) labours in the study group. Less than 10% of labours in both groups were augmented with oxytocin in the second stage of labour. 90 (58.4%) women in the study group and 273 (79.6 %) ($p < 0.001$) in the control group used pharmacological analgesia, such as pethidine and remifentanyl during the labour. Nitrous oxide was used by 52 (33.8 %) women in the study group and by 64 (18.7 %) women in the control group. No analgesia in labour was seen in 12 (7.8 %) women in the study group and in 6 (1.7 %) ($p < 0.001$) women in the control group.

Vacuum extraction was used for 1 birth (0.6 %) in the study group and 16 (4.7 %) ($p < 0.001$) births in the control group, demonstrating a significant difference. Caesarean section was required for 3 (1.9 %) women in the study group and 46 (13.4 %) ($p < 0.001$) women in the control group, which also demonstrated a significant difference.

Maternal outcomes

Maternal outcomes in both groups of women are presented in Table 3.

Table 3 shows there was spontaneous labour (without caesarean section, operative delivery, perineal laceration and episiotomy) for 100 (64.9 %) women in the study group and 142 (41.4 %) ($p < 0.001$) women in the control group showing a significant difference in this perinatal outcome. Episiotomy occurred in 51 (33.8 %) women in the study group and in 155 (52.2 %) ($p = 0.001$) women in the control group again showing a significant difference in

this characteristic. In the study group, 18 (11.7 %) women had perineal laceration of first and second degree and 1 (0.6 %) woman had third and fourth degree perineal laceration, while in the control group this ratio was 61 (17.8 %) (first and second degree) and 5 (1.5 %) (third and fourth degree), which did not show any statistical difference. Postpartum haemorrhage with severe bleeding of more than 500 ml of blood was presented in 2 (1.3 %) births in the study group and in 19 (5.5 %) ($p = 0.085$) births in the control group indicating there was no significant difference in postpartum haemorrhage. Blood transfusions were needed for 2 women, who gave birth in the control group and none in the study group. Oxytocin was used for the active management of the third phase of labour in both groups. Manual removal of retained placenta and extraction of placental tissue was conducted in 5 (3.2 %) cases in the study group and 25 (7.3%) ($p = 0.216$) cases in the control group with no significant differences noted.

Newborn outcomes

Table 4 shows the newborn's characteristics and some of their outcomes.

In the study group, there were 82 (53.2 %) males and 176 (51.3 %) ($p = 0.690$) males in the control group. In the control group, 1 (0.3 %) newborn needed aspiration and 4 (1.2 %) ($p = 0.322$) newborns ventilation. There was no need for any of the resuscitation measures in the study group. 2 (1.3 %) newborns from the study group and 3 newborns (0.9 %) ($p = 0.780$) from the control group were referred to Neonatal Intensive Care Unit.

Table 4: *Newborn outcomes*
Tabela 4: *Izidi novorojenčkov*

Characteristics/ Postavke	Study group/ Eksperimentalna skupina		Control group/ Kontrolna skupina		p^*
	$n = 154$	%	$n = 343$	%	
Male gender	82	53.2	176	51.3	0.690*
Resuscitation measures					0.322*
Aspiration	-	-	1	0.3	
Ventilation	-	-	4	1.2	
None	154	100	338	98.5	
Referral to Neonatal Intensive Care Unit	2	1.3	3	0.9	0.780*
Breastfeeding					0.002*
Only	124	80.5	237	69.1	
Partial	28	18.2	86	25.1	
No	2	1.3	20	5.8	
Apgar score less than 6					
1 minute	1	0.6	7	2.0	0.254*
5 minute	-	-	4	1.2	0.178*
Birth weight (\bar{x})	3362 grams		3422 grams		0.136*

Legend/Legenda: n – number/število; % – percentage/odstotek; p^* – Chi-square test, a statistically significant value in the 0.05 or less/ test hi-kvadrat, statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj; \bar{x} – mean/povprečje

124 (80.5 %) newborns in the study group and 237 (69.1 %) ($p = 0.002$) newborns in the control group were fully breastfed at the discharge, which showed no significant difference. Partially breastfed newborns were 28 (18.2 %) in the study group and 86 (25.1 %) newborns in the control group, while 22 newborns were not breastfed at all, 2 (1.3 %) of them being in the study group and 20 (5.8 %) in the control group.

Apgar scores of less than 6 at one minute was recorded for 1 (0.6 %) newborn in the study group and 7 (2 %) newborns in the control group; and at five minutes there were 4 (1.2 %) newborns in the control group and none in the study group. No statistical differences were found.

The average birth weight of the newborns was 3362 grams in the study group, while newborns average birth weight in the control group was 3422 grams ($p = 0.136$) and there was no statistical difference observed.

In conclusion, the researcher hypothesised that negative secondary outcomes such as episiotomy, third and fourth degree perineal tears, postpartum haemorrhage and transfusion will be lowered by 15 % in the MLU. The results show that all negative secondary outcomes in the OU were 59.8 % compared to 35.7 % in the MLU. The difference in negative secondary outcomes was 24.1 %.

Discussion

The researcher cannot exclude the possibility that the low rate of medical interventions in the MLU is associated with the motivation of pregnant woman who choose birth in such a unit, with a greater possibility to have natural birth. High motivation for non interventions was advocated by midwives and employees in such units. This awareness of possible bias was also expressed by many authors of comparison studies (Eide, et al., 2009; Berg, et al., 2012; Ryan, et al., 2013). On the contrary, Johanson and colleagues (2002) expressed the view that the medicalised philosophy and thinking in many OUs, is why many medical interventions become routine, and used for »just in case«, such as artificial rupture of membranes, fetal monitoring and routine intravenous cannulation, despite the strong public awareness about unnecessary medical interventions need to be decreased.

Procedures, such as electronic fetal monitoring were used in almost all births in both units despite clinical recommendations. The recommendations of Ljubljana Maternity Hospital and NICE guidelines (2007) stated that continuous fetal monitoring is not necessary in first stage of labour in healthy pregnancies. For healthy, low risk women, intermittent auscultation of the fetal heart beat has been recommended.

There were more reasons why some procedures in the MLU are still medicalized. Due to organisational and financial problems in the last years, independent

MLU in Ljubljana Maternity Hospital was not fully realised. During the implementation of this study, the MLU and the OU were not completely separate entities; therefore the OU policies still influenced practice in the MLU. This was also shown in other outcomes, such as artificial rupture of membranes, augmentation, use of pharmacological analgesia.

The significant differences in augmentation of labour showed the medical nature of this intervention was higher in the OU. Suzuki and colleagues (2011) in their study of primiparous women shows that using oxytocin is 10 % in the MLU versus 38 % in the OU. It is however hard to compare the findings from different studies because of different study designs and participants included in the studies.

The findings about the use of analgesics in this research showed significant difference between the two groups, whereas Symon and colleagues (2011) in their comparison study of primiparous showed a much lower rate of 25 % in the MLU versus 77 % in the OU. In the same study, the use of no pharmacological methods were presented, 72 % in the MLU versus 21 % in the OU. This is in agreement with the findings of the present study which found the use of nitrous oxide as a non pharmacological method was more likely in the MLU.

The significant differences shown in selected medical interventions and birth outcomes, such as vaginal operative delivery and caesarean section rate were supported by other research. In Suzuki and colleagues (2011) the comparison study showed that 5.9% deliveries were assisted (vacuum, forceps) in the MLU versus 7.8% in the OU. Overall, the caesarean section rate was higher in the OU than in the MLU and these data were comparable to other equivalent studies (Janssen, et al., 2007; Eide, et al., 2009; Symon, et al., 2011).

In this research the rate of episiotomy in the MLU was significantly lower than in the OU. These variations in episiotomy rate may explain the possibility of different positions during birth, such a walking, kneeling or telemetric fetal monitoring. Certainly the high occurrence of episiotomy in both groups is an issue of concern. Most midwives in Slovenia are convinced that it is better to perform the episiotomy to prevent severe injuries of birth canal and this could be a reason of high episiotomy rate in the OU and the MLU. Eide and colleagues (2009) compared interventions in two different units and produced findings similar to those in the current research.

Severe injuries of the birth canal and postpartum haemorrhage were rare events, however, one of the most important health quality indicators. Findings similar to this study were reported in other studies (Janssen, et al., 2007; Suzuki, et al., 2011). However, the finding in relation to the outcome postpartum haemorrhage was hard to evaluate, because of different criteria for blood loss volume (from 500 ml

to 1000 ml). Suzuki and colleagues (2011) reported postpartum haemorrhage of more than 1000ml in 2.6 % labours in the MLU versus 4.4 % labours in the OU, while Janssen and colleagues (2007) reported the incidence of severe haemorrhage in more than 5 % of births in both group (5.5 % in the MLU versus 5.1 % in the OU).

Manual removal of placenta was a rare obstetric intervention in maternity units and not of interest to many researchers. However, Janssen and colleagues (2007) reported 1.4 % cases in the MLU versus 1.7 % in the OU, and these findings a similar to the current study.

The neonatal findings show that resuscitation measures were not often used in birth units for low risk pregnancies; Apgar score at first and fifth minute or pH of umbilical cord were thought to be more valuable measures (Suzuki, et al. 2011). In Janssen and colleagues (2007) the study shows that admission to neonatal intensive care unit was less likely in the MLU. The reason for all five referrals to Neonatal Intensive Care Unit in the MLU and the OU were transient neonatal tachypnea. It seems that newborn birth weight for primiparous labours shows discrepancy worldwide. Newborns born in Japan had average birth weight of 3019 grams in the MLU and 2956 grams in the OU, while in Canada average newborn's weight was 3609 grams in the MLU and 3476 grams in the OU. In current research, no significant difference was noted in newborns birth weight in the MLU and the OU. However, this variable and differences in birth weight worldwide could be an interesting future research study.

The findings from current research showed significant differences in fully breastfeeding rate at discharge; women in the MLU were more likely to fully breastfeed than women in control group. The evidence has shown a correlation between the use of oxytocin during the labour and breastfeeding and many authors expressed a great variety of possible side effects (Odent, 2013). Odent (2013) also claimed that the increasing incidence of breastfeeding difficulties and earlier cessation of breastfeeding are directly related to the use of oxytocin during the labour. The significantly higher use of oxytocin in control group in current research could corroborate this evidence.

Limitations

There are several limitations that need to be acknowledged and addressed regarding this study.

Research based on case-control studies has some weaknesses. This type of study often requires a large number of participants, and can suffer from the limitations of selection bias such as sampling, observation or recall bias among participants and confounding variables. To avoid selection bias in this research, inclusion criteria for participants were

straightforward and double checked (at admission and in the labour room).

The research included only the physical components of the labour, but not other very important factors such as satisfaction of women, impact of accompanying person, parental self-esteem.

The researcher is the head midwife of the labour ward in Ljubljana Maternity Hospital and this fact could be a potential bias. She was involved in the implementation of the MLU in Ljubljana Maternity Hospital and positive outcomes of this study will have significant impact on the future of the MLU. However, the study was running 24 hours per day and the all midwifery team (more than 50 midwives) were included in the research.

The midwives involved in the study expressed concerns that instructions (for example including criteria, personal history) were not clear enough or they did not fully take them into account. This was the reason to exclude 83 women from the research.

Due to organisational and financial problems in the last years, independent MLU in Ljubljana Maternity Hospital was not fully realised. During the implementation of this study, the MLU and the OU were not completely separate entities; therefore OU policies still influenced practice in MLU.

This study was also limited by the fact that pregnant women were not randomly allocated to the MLU or the OU. During the process of formulation of the study design, the researcher decided that women's choice of place of birth would be the priority. Therefore some precautions must be adopted in any attempt to generalise these findings because of the non-randomised design. A study covering a longer period, including several MLU and OU in Slovenia and a larger sample would have a greater impact on generalisability of the findings.

Conclusion

In conclusion, some recommendations based on research findings in relation to clinical practice, further research and maternity policy are highlighted.

In clinical practice, the construction and implementation of the protocols and the guidelines for midwifery practice could be framed. To avoid unnecessary medical interventions, these protocols and guidelines should be based on appropriate scientific evidence. Midwives, who do not use evidenced based midwifery practice, also limit women's choice.

In the future, a randomised controlled research examining both units, the MLU and the OU, would permit a conclusive review of the birth, maternal and newborns outcomes. Such study design reduces bias, which was identified in the present research. With a larger sample of participants the generalisations of the findings to the Slovenian population would be possible.

Additionally, there is an evident lack of research designed especially in the context of Slovenian pregnant women's needs and the perception of the new model of midwifery led care. Therefore research should be conducted to explore their needs and perceptions.

In the field of maternity policy, establishment of standards for independent midwife led unit in Ljubljana Maternity Hospital is crucial. Such document would include standards for organisation, administration, facility, equipment, staff and personnel, evaluation of quality of care and service as well as standards for midwifery research. The new standards for independent midwifery led unit should bring different view on daily practice - more women centred care, supported by midwifery philosophy. Therefore, standards for the MLU should be written, based on evidence based midwifery and midwifery competences.

The changes that influenced the nature and the scope of midwifery practice and midwives competences in the MLU had some benefits for women's health. However, it is noticeable from the evidence of the current study that medicalisation in both study units still persists. Midwives and obstetricians provide different services during the labour to women and obstetricians usually use medical interventions more frequently, such as operative delivery and induction of labour. Generally, the medicalisation of childbirth in Ljubljana Maternity Hospital was evident predominantly in hospital births, artificial rupturing of membranes, augmentation with oxytocin in labour, continuous fetal monitoring, less use of none pharmacological methods of pain reliever, high rate of episiotomy and operative delivery.

In conclusion, the evidence of this national research indicated that women who received care in the MLU encountered a range of physical benefits, such as more spontaneous labour, less augmentation with oxytocin, less pharmacological use of pain relief, less vaginal operative deliveries and caesarean sections. More newborns born in the MLU were fully breastfed. These results should encourage other maternity clinics in Slovenia to step forward and start to make changes in the current maternity service, set up the MLUs and evaluate their own findings.

Literature

American College of Nurse–Midwives, 2013. Supporting healthy and normal physiological childbirth: a consensus statement by ACNM, MANA and NACPM. *Journal of Perinatal Education*, 22(1), pp. 14-17.
PMid:24381472; PMCID:PMC3647729

Berg, M., Asta Ólafsdóttir, O. & Lundgren, I., 2012. A midwifery model of woman – centred childbirth care - in Swedish and Icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(2), pp. 79-87.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
PMid:22578755

Christiaens, V., 2011. Pregnant women's fear of childbirth in midwife - and obstetrician-led care in Belgium and the Netherlands: test of the medicalization hypothesis. *Women's Health*, 51(3), pp. 220-239.
<http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2011.560999>
PMid:21547859

Directive 2001/20/EC on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of clinical trials on medicinal products for human use., 2001. Luxembourg: European Parliament and of the Council, 2001. Available at: <http://www.eortc.be/services/doc/clinical-eu-directive-04-april-01.pdf> [15. 6. 2014].

Eide, B.I., Nilsen, A.B.V. & Rasmussen, S., 2009. Births in two different delivery units in the same clinic – a prospective study of healthy primiparous women. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 25(9), pp. 3-12.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-9-25>
PMid:19545412; PMCID:PMC2712449

Government of Western Australia., 2003. *KEMH - King Edward Memorial Hospital and antenatal shared care guidelines for general practitioners*. 5th ed. Subiaco: Government of Western Australia, pp. 3-23.

Guilliland, K., Tracy, S.K. & Thorogood, J., 2006. Australian and New Zealand health and maternity services. In: Pairman, S., Pincombe, J., Thorogood, C. & Tracy, S. eds. *Midwifery: preparation for practice*. Sydney: Churchill Livingstone Elsevier, pp. 3 – 33.

Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I. & Mårtensson, L.B., 2012. Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery*, 28(3), pp. 380-390.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.05.006>
PMid:21683487

Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H. & Gates, S., 2008. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8(4), p. CD004667.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub2>
PMid:18843666

Inhorn, M.C., 2006. Defining women's health: a dozen messages from more than 150 ethnographies. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(3), pp. 345-378.
<http://dx.doi.org/10.1525/maq.2006.20.3.345>
PMid:16937621

International Confederation of Midwives., 2008a. *The midwife is the first choice health professional for childbearing women*. Available at: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/Reviewed%20PS%20in%202014/PS2008_019%20V2014%20The%20Midwife%20is%20the%20First%20Choice%20ENG.pdf [2. 7. 2014].

- International Confederation of Midwives, 2008b. *Keeping birth normal*. Available at: http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position%20Statements%20-%20English/Reviewed%20PS%20in%202014/PS2008_007%20V2014%20Keeping%20Birth%20Normal%20ENG.pdf [2. 7. 2014].
- Janssen, P.A., Ryan, E., Etches, DJ., Klein, M.C. & Reime, B., 2007. Outcomes of planned birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth*, 34(2), pp. 140-147. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00160.x> PMID:17542818
- Johanson, R., Newburn, N. & MacFarlane, A., 2002. Has the medicalization of the childbirth gone too far? *British Medical Journal*, 324, pp. 892-895. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7342.892> PMID:11950741; PMCID:PMC1122835
- Johnson, M., Stewart, H., Langdon, R., Kelly, P. & Yong, K.L., 2003. Women-centred care and caseload models of midwifery. *Collegian*, 10(1), pp. 30-34. [http://dx.doi.org/10.1016/S1322-7696\(08\)60618-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1322-7696(08)60618-6)
- Jomeen, J. & Martin, C.R., 2008. The impact of choice of maternity care on psychological health outcomes for women during pregnancy and the postnatal period. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(3), pp. 391-398. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00878.x> PMID:18373580
- Kitzinger, S., 2011. *Birth your way: choosing birth at home or in a birth center*. California: DK Publishing, pp. 4-8.
- Mann, C.J., 2003. Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional and case-control studies. *Emergency Medicine Journal*, 20, pp. 54-60. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.20.1.54>
- McCourt, C., 2006. Supporting choice and control? Communication and interaction between midwives and women at the antenatal booking visit. *Social Science and Medicine*, 62(6), pp. 1307-1318. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.031> PMID:16126316
- McLachlan, H.L., Forster, D.A., Davey, M.A., Farrell, T., Gold, L., Biro, M.A., et al., 2012. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(12), pp. 1483-1492. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x> PMID:22830446
- Metcalf, A., Grabowska, K., Weller, C. & Tough, S.C., 2013. Impact of prenatal care provider on the use of ancillary health services during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11(13), pp. 62-69. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-62> PMID:23497179; PMCID:PMC3599935
- National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007. *Intrapartum care - care of healthy women and their babies during childbirth*. 1st ed. London: NICE, pp. 14-33.
- Odent, M.R., 2013. Synthetic oxytocin and breastfeeding: reasons for testing a hypothesis. *Medicine Hypotheses*, 81(5), pp. 889-891. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2013.07.044>
- Overgaard, C., Møller, A.M., Fenger-Grøn, M., Knudsen, L.B. & Sandall, J., 2011. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open*, 1(2), p. e000262. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000262> PMID:22021892; PMCID:PMC3191606
- Page, L., 2007. Is there enough evidence to judge midwife led units safe? Yes. *British Medical Journal*, 335(7621), p. 642. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39343.471227.AD> PMID:17901510; PMCID:PMC1995510
- Parry, D.C., 2008. We wanted a birth experience, not a medical experience: exploring Canadian women's use of midwifery. *Health Care Women International*, 29(8), pp. 784-806. <http://dx.doi.org/10.1080/07399330802269451> PMID:18726792
- Pravilnik o sestavi, nalogah, pristojnostih in načinu dela komisije za medicinsko etiko*, 1995. Uradni list Republike Slovenije št. 30.
- Ryan, P., Revill, P., Devane, D. & Normand, C., 2013. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*, 29(4), pp. 368-376. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.02.005> PMID:22565064
- Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., et al., 2012. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (11), pp. 2376-2386. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x> PMID:22489571
- Suzuki, S., Hiraizumi, Y., Satomi, M. & Miyaha, H., 2011. Midwife-led care unit for 'low risk' pregnant women in a Japanese hospital. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(8), pp. 1046-1050. <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2010.545912> PMID:21231841

- Symon, A.G., Dugard, P., Butchart, M., Carr, V. & Paul, J., 2011. Care and environment in midwife-led and obstetric-led units. A comparison of mothers' and birth partners' perceptions. *Midwifery*, 27(8), pp. 880-886.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.002>
PMid:21251736
- Zakon o zdravniški službi (uradno prečiščeno besedilo) (ZZdrS-UPB3), 2006. Uradni list Republike Slovenije št. 72.
- Wiegers, T.A., 2009. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, p. 18.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-9-18>
PMid:19426525; PMCID:PMC2689853
- Wiysonge, C.S., 2009. [Midwife-led versus other models of care for childbearing women]. *The WHO Reproductive Health Library*. Available at: <http://apps.who.int/rhl/pregnancy-childbirth/antenatalcare/general/cd004667/-Wiysongecs.com/en/> [8. 9. 2014].
- World Medical Association, 2000. *Declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. Available at: <http://www.kme-nmec.si/Docu/HELSINKI2000.pdf> [12. 12. 2013].
- Yin, R.K., 2003. *Applications of case study research*. 2nd ed. Newbury Park, (CA): Sage Publications, pp. 55-60.

Cite as/Citirajte kot:

Prelec, A., Verdenik I. & Poat, A., 2014. A comparison of frequency of medical interventions and birth outcomes between midwife led unit and obstetric unit in low-risk primiparous women. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 166-176.
<http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.16>

Original scientific article/Izvirni znanstveni članek

Understanding the attitudes of paramedics towards suicidal patients Razumevanje odnosa reševalcev do pacientov, ki so samomorilno ogroženi

Barbara Rant, Branko Bregar

Key words: suicide; emergency medical aid; violent patient; nursing

Ključne besede: samomor; nujna medicinska pomoč; nasilni pacient; zdravstvena nega

Barbara Rant, dipl. m. s.;
Zdravstveni dom Škofja Loka,
Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka

Correspondence e-mail/
Kontaktne e-naslov:/
rant.barbara@gmail.com

viš. pred. mag. Branko Bregar,
dipl. zn.; Psihiatrična klinika
Ljubljana, Studenc 48,
1000 Ljubljana; Fakulteta za
zdravstvo Jesenice, Spodnji
Plavž 3, 4270 Jesenice

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Barbare Rant
*Razumevanje pomoči reševalcev
pri obravnavi pacienta, ki je
samomorilno ogrožen (2013).*

Received/ Prejeto: 30. 9. 2014
Accepted/ Sprejeto: 17. 7. 2014

ABSTRACT

Introduction: Since it is almost impossible to identify every suicidal person, the timely intervention of an emergency medical team is of the most importance for preventing suicide attempts. Yet its success depends not only on timely help, but also on the treatment of the suicidal individual, the quality of which is to a large degree determined by the attitudes of the paramedics to the suicide. Hence, this article addresses the issue of how Slovenian paramedics experience suicidal patients, or in other words, what their attitudes to suicidal patients are when treating them.

Methods: This study is based on a descriptive qualitative method of empirical research, in which inductive analysis has been used. To collect the empirical material, semi-structured interviews with ten paramedics were conducted between December 2012 and January 2013.

Results: Despite their professional conduct in working with suicidal patients, Slovenian paramedics often experience various unpleasant emotions while treating them. Although they show understanding, the paramedics are often caught in dilemma while treating suicidal patients, especially those that refuse help or are aggressive. During the treatment, the paramedics act according to their subjective risk assessment and previous work experience, yet they lack the expertise to work with suicidal patients, particularly communication skills.

Discussion and conclusion: The attitude of the participants to suicidal patients is based primarily on the emotional aspect of their work. The research showed that a negative attitude may appear, but is not permanent. It appears only in certain conditions when caring for patients who are aggressive or threaten others and when the participants have not received help from other services.

IZVLEČEK

Uvod: Ključnega pomena pri preprečevanju samomora je pravočasna intervencija ekipe nujne medicinske pomoči. Kakovost obravnave je v veliki meri determinirana z odnosom reševalcev do samomora. Raziskovalno vprašanje je, kako doživljajo in kakšen odnos imajo člani ekip nujne medicinske pomoči do samomorilno ogroženih.

Metode: Raziskava temelji na kvalitativni metodi, uporabljena je bila deskriptivna tematska analiza. Podatki so bili zbrani s pomočjo polstrukturiranih intervjujev desetih namensko izbranih reševalcev. Analiza empiričnega gradiva je bila izvedena po smernicah utemeljene teorije.

Rezultati: Identificiranih je bilo šest kategorij, ki s pripadajočimi kodami omogočajo razumevanje odnosa v raziskavo vključenih reševalcev do pacientov po poskusu samomora. V raziskavo vključeni reševalci se pri delu s pacienti po poskusu samomora soočajo z različnimi neprijetnimi čustvi. Med obravnavo pacientov, ki so samomorilno ogroženi ali so po poskusu samomora, se soočajo z dilemo, predvsem pri tistih, ki odklanjajo pomoč ali so agresivni. Skušajo jim pomagati na različne načine na podlagi subjektivne ocene ogroženosti ter izkušenj, toda za delo z njimi jim še vedno manjka potrebnega znanja, predvsem s področja komunikacije.

Diskusija in zaključki: Odnos udeležencev raziskave do pacientov, ki so samomorilno ogroženi ali so po poskusu samomora, temelji predvsem na čustveni komponenti njihovega dela. Raziskava pokaže, da se pri udeležencih raziskave pojavlja odklonilen odnos, vendar ta ni trajen, pojavlja se le v določenih pogojih, odvisnih od dejavnikov, kot so: ogrožanje drugih, nasilje pacientov, podpora drugih služb in ostalo.

Introduction

Suicide is a conscious act that causes one's own death with foreseen certainty (Valetič, 2009). As a social phenomenon, it can be found virtually everywhere in the world, but has a varying incidence in different cultures and societies around the world. While suicide is certainly one of the most intimate acts on which a person can decide, it also presents a major concern and public health problem and a challenge to health policy in countries burdened with high suicide rates (Marušič & Zorko, 2003; Roškar, 2009). The high suicide rate has also been addressed Slovenia, which, after Lithuania, Hungary and Finland, ranks fourth in the number of suicides in the European Union (Bertolote & Fleischmann, 2002). While almost 25 % fewer Slovenes committed suicide than even two decades ago, Slovenia has recorded an increase in the number of suicides since 2010 according to data compiled by the Institute of Public Health (2011). Domestic and foreign experts have attributed this increase to the unfavourable social situation and the decline in the standard of living due to the economic crisis that has engulfed the world in recent years (Groleger, 2009; Stuckler, et al., 2009; Pompili, et al., 2014; Karanikolos, et al., 2013; McDaid, et al., 2013; Korošec Jagodic, et al., 2013). According to the statistics, 436 inhabitants of Slovenia die of suicide every year, of whom 347 are male and 89 are female, with the average age being 57 years (Kalin, 2012). According to the most recent data for 2012, 443 people found themselves in a situation from which they saw no way out, of whom 363 were male and 80 were female. Thus, the suicide rate for 2012 was 21.54 (the number of deaths due to suicide per 100,000 people). However, it should be stressed that a great deal has been done regarding the prevention of suicide in Slovenia, as the suicide rate at the beginning of the last decade was 30 people per 100,000 inhabitants (Vrdelja, 2013).

Because suicide is not a momentary event, but the results of a longer process, there has been an increasing focus on preventing suicide and researching the risk factors in different population groups (Weaver & Wright, 2009; Roškar, 2009). Here, the timely identification of suicidal people and professional assistance is crucial (Marušič & Zorko, 2003; Weaver & Wright, 2009). However, despite preventive measures, it is probably impossible to ever prevent all suicide attempts. It is also true that not every suicide attempt ends in death. Health-care and nursing professionals in Slovenia and abroad continuously come into contact with a rising number of such patients following attempted murder, where the attitude of nursing professionals to such patients varies (Bregar, 2012). According to different studies, the attitude of nurses to patients following a suicide attempt depends on various factors that affect the quality of health care. The findings show that the attitude of health-care employees to patients who

have attempted suicide is most often determined by the following factors: psychiatric training, religious convictions, moral values, level of nursing training, emotional intelligence and work experience (Sun, et al., 2007; Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012).

These socio-cultural factors also determine the relationship of emergency medical teams in the field, who are not only in contact with such patients, but usually offer first aid to the patient after a suicide attempt. Therefore, first-aid is of great importance to patients and also depends on their situation and willingness to participate. Therefore, it is very significant for emergency medical teams to approach the patient, considering their health and willingness to cooperate. Consequently, both doctors and paramedics should have a wealth of knowledge of, and experience in, treating suicidal patients, but they should also be able to take effective action at the site (Kregar, 2012). However, because paramedics often work in difficult conditions, some studies have noted a negative attitude to patients who have attempted suicide especially among members of emergency medical teams. The main reasons for the negative attitude of paramedics to patients following a suicide attempt include the aggressiveness of the patients, difficult working conditions and lack of mental health training (Suokas, et al., 2008; 2009). Studies on attitudes to patients following a suicide attempt use both qualitative and quantitative methods; the latter are more oriented to researching and measuring the prevalence of certain aspects of the attitude or to explaining connections or dependencies between variables. On the other hand, qualitative methods seeks to understand the attitudes of health-care professionals towards patients following suicide attempts (Chan, et al., 2009; Osafo, et al., 2012; Er, et al., 2013).

Purpose and objectives

The attitudes of employees in nursing in different areas of specialisation to various patient conditions can significantly affect the quality of care that patients receive (Ouzouni & Nakakis, 2009; Saunders, et al., 2012). Because, according to some foreign research, the reasons paramedics may have negative attitudes to patients following a suicide attempt include unbearable working conditions and lack of understanding of the (violent) behaviour of patients that they are trying to help (Suokas, et al., 2008; 2009), the purpose of our study is to verify whether participants in the study (referred to as the participants) had a negative attitude to patients following a suicide attempt and to suicidal patients, and, if yes, what contributes to the emergence of negative attitudes. The aim of this research is to identify and understand whether difficult working conditions and a lack of understanding of patients' behaviour patterns are also contributing factors in

Slovenia. Therefore, the basic research question is what the attitude of paramedics to suicidal patients or patients following a suicide attempt is.

Methods

A qualitative case study was carried out, which means that the research problem was researched, analysed and comprehensively described. We conducted a qualitative analysis of the empirical material. When collecting, managing and analysing empirical material, we followed the guidelines of the grounded theory method described by Mescic (1998), which, according to Polit and Beck (2012) has become an important method for exploring various concepts in nursing. Like Urbanc (2008) in Slovenia, Polit and Beck (2012) also argue that it is a systematic method, as it requires a series of particular working procedures. The analysis of empirical material is analytical, and consists of four stages: definition of coding units, open coding, axial coding and relational encoding (Urbanc, 2008). Mescic (1998) argues that grounded theory is almost the same as inductive theory, because, like the former, it is based on collected and analysed empirical data. It is very useful for displaying, understanding and exploring links between data obtained in a survey, and focuses on new findings. The disadvantage is that the work is very demanding, rigorous and time-consuming (Urbanc, 2008). The objective of a qualitative analysis of data according to the grounded theory method is to show the relationship of people to the problem being investigated (Polit & Beck, 2012); it is not always necessary to draw up a hypothesis, as the objective of this method can be judgments, arguments and explanations of how a problem that we want to study is understood.

Description of the instrument

A semi-structured interview with open questions was used to collect empirical data, which was followed by sub-questions. According to the study's purpose and objective, the participants were asked four questions in the interview:

- How do you understand and feel about a patient following a suicide attempt?
- What do you feel when you are near a suicidal patient who is agitated and might be violent?
- How do you ensure the safety of a suicidal patient and an emergency medical team in practice?
- How do you feel when you offer emergency medical aid when feeling threatened by a patient?

Sample description

We used a purposive sample of nurses working in the ambulance services of pre-hospital emergency medical units from three different Slovenian regions. Diversity

of participants was achieved by selecting them from different emergency medical units in the country; half of them were female, while half of the participants had completed tertiary education. All had at least seven years of working experience in emergency units. The tasks and duties of all the interviewees comprise working in primary health care in an emergency medical team within community health centres, which means that they encounter a variety of cases in the field. The crucial criterion for selecting the participants was their past experience with suicidal patients or those who had attempted suicide (at least three experiences with suicidal patients or those who had attempted suicide). The age group of participants varied from 30 to 54 years.

Ten persons were included. In the eighth participant, we began to recognise signs of data saturation, which was finally confirmed in the tenth participant, i.e. while reviewing the interviews, we noticed a repetition of the same data. Therefore, we are satisfied with the amount of data collected, although Marshall and colleagues (2013) highlight that data saturation is a highly subjective concept, varying from one researcher to another, so we need more robust guidelines in this respect with regard to the number of participants interviewed. Based on a review of over 80 qualitative studies using a variety of qualitative methods and techniques, established that the recommended number of interviewees involved in qualitative research using grounded theory is at least between 20 and 30, while adding that researchers have also interviewed a smaller number of participants than in our study.

Course of the study and data processing

Before conducting interviews, we acquired the written consent of the participant to participate in the study and informed each participant individually about the role, content, purpose of the study, and their rights. During the interview, we asked them sub-questions, directing them to the essence of the problem or eliciting specific thoughts, statements, further explanations or understanding. At the end of each interview, a transcript was made immediately, so that we were able to take into account relevant findings and conclusions in the following interview. The interviews were conducted on the mornings of December 2012 and January 2013 at a place and time selected by the participants. All the interviews were conducted at the workplace at the end of work. Interviews lasted approximately between 20 and 30 minutes.

This was followed by data processing. The aim of multiple re-readings was to search for codes through a coding process which links and combines similar events and thoughts in the statements in the empirical material. Using the inductive method, we then combined the codes into categories that are more abstract than the codes. By coding and categorising

words, we looked for the deeper meaning of the data, attempting to answer the research question (Vogrinc, 2008). In our case, during the analysis of empirical material, we searched for the encoded statements, thoughts and opinions of the participants, with which we sought to answer the research question. We found that similar codes were repeated when the participants described their feelings during the treatment of patients following attempted suicide. The codes were combined into more abstract categories with which we tried to explain more transparently and systematically the attitudes of the participants to patients following attempted suicide. The participants' statements were left unchanged, which is permitted in qualitative analysis.

All participants were informed of the confidentiality and security of the data obtained. They were also briefed on the right to refuse participation, which was voluntary and non-binding. They were informed that the interviews would be recorded, to which we had previously obtained their consent. The identity of the participants is protected in accordance with the recommendations and instructions of good practice. All interviews are kept in our archive. We were also careful to ensure that the interviewees did not name any patients during the interviews, thereby ensuring the patients' anonymity and data protection.

Results

In response to our fundamental research question, 'What is the attitude of paramedics to patients who are suicidal or have attempted suicide?', we observed quite early on while re-reading and transcribing the interviews that participants had a particular, sometimes negative attitude to patients following a suicide attempt, because aid is rejected, or because of the resistance of patients or their violent behaviour to paramedics. Therefore, we focused on seeking the causes of the negative attitudes of paramedics. All the participants had encountered several such patients. However, we did not ignore cases that showed a more positive attitude towards patients following a suicide attempt. It is our general finding that these patients are often more demanding when receiving medical care, so paramedics often do not understand them, particularly if they refuse help. The participants described this condition in patients as being in 'an uncontrollable state' and always took care of their own safety first in such cases.

'Our personal safety was, and has been, our primary concern.'

Only after the participants ensured their own safety, did they ensure the safety of the patient. In this respect, they often find themselves in a dilemma of how to act or treat a patient. Because they lack experience with psychiatric patients, they had concerns about using physical restraint or forced hospitalisation.

'Officially, the use of physical restraint has been forbidden for years, meaning various straight jackets, we only use a bandage or a scarf when a patient is aggressive. And, of course we can physically stop the patients as well as we can.'

In their line of work, in case the physician is not present or unreachable they are often forced to take decisions exceeding their competences.

'The main person here is the physician, not the paramedic, so everything we do we do together with the physician. Sometimes we can't get them on the phone, so we must, let's say, do something on our own; call the police, detain the patient, physically obstruct the patient.'

In the study, participants would often report negative attitude to some patients following suicide attempts. The question that we attempted to answer was where this negative attitude comes from or why it appears. We sought to provide the answer by analysing empirical material, merging similar codes into thematic categories to explain or understand negative attitude that appears towards some patients following suicide attempt:

- assessment of the patient's condition;
- emotional aspect of the work;
- the principle of due care;
- the principle of therapeutic communication;
- the principle of safety;
- the principle of cooperation.

The assessment of the patient's condition

We combined the codes of *individuality* and *the level of threat*. Because violent behaviour may appear following suicide attempt, the participants report that use of force while attempting to control violent behaviour makes sense and is necessary. In this respect, they say that timely assessment of the level of threat is important, both regarding aggression towards self and others. With regard to patients where the use of force was necessary, the participants always stress their mixed feelings towards them, particularly regarding the most vulnerable population groups, such as women and children. Consequently, we have established that, as a rule, paramedics approach their patients considering their individual characteristics and level of threat.

'It differs from person to person, we must find a different way for everyone.'

In this respect, they highlight groups of patients where this is a particularly sensitive issue.

'Surely one of the factors to consider is where it is a child, a child or a woman, depending on the ability of the patient.'

'Perhaps you have concerns when it comes to children not to apply this approach, because, well you're dealing with a child, but otherwise... I don't know... you still use physical force for the benefit of the patient, which is what guides us in such cases.'

Emotional aspect of work

When working with patients who have attempted suicide or are suicidal, the participants mentioned that they experienced various emotions while working with patients, including: *compassion, being affected, sadness, fear, despair, terror, anger, anxiety, stress and emotional exhaustion*. These codes can be divided into two sub-categories: promoters of negative attitude – *fear, despair, terror, anger, anxiety, stress and emotional exhaustion* – and promoters empathic attitude – *being affected, understanding, compassion and concern*. The codes reveal that the participants generally feel uneasy when treating patients who have attempted suicide. These feelings are even more pronounced when the patients are children and adolescents (*being affected and compassion*).

'Emotions get to you, but definitely I am affected the most, the most when it comes to children.'

These emotions are suppressed if patients persist in their intention, if they are still trying to commit suicide. In such cases, patients often not only refuse any help but also often become violent to participant, as they see the paramedics as an obstacle preventing them to reach their goal. In such cases, participants also reported feeling *fear, desperation and insecurity* and described their experience as *stressful*.

'it definitely comes with the job, but you still feel anxiety, fear... erhm... I don't know.'

In such situations they attempt to control their emotions, restrain them, but they are not always successful. Therefore, some events sometimes still act as a burden in their home environment, as they show signs of *emotional exhaustion*.

'It really depends on the situation, well, sometimes something happens and you end up thinking about it at home, but I really try to separate the two, so that I try to leave my problems at work, well, but sometimes something affects you. This is the nature of humans.'

Other participants reported that they found it easier to do their work and take the stress if they knew the reasons or motivations that led patients to commit suicide (*understanding*).

'I always look at the background, because I think about it a lot myself, if something happens to you in life... I don't know... a heavy illness or you experience social distress, then I find it easier to relate to the patient.'

Understanding was always accompanied by the feelings of *compassion*.

'You try somehow, but it affects you to a point, so you, you feel some compassion for them and you somehow try to understand, because this is also what, what people need.'

However, the participants showed no understanding for patients who perform self-inflicting acts on a recurring basis. They saw their behaviour as trying to get attention, which made them *desperate* or *angry* at patients or indifferent.

'I don't share the same feeling when it comes to those who are just trying to get attention.'

'Perhaps a bit, perhaps a bit when it comes to those who've tried before, because, let's say, we've had patients who attempted to commit suicide every week, just to let out their frustrations, as it were, just, let's say, to get our attention. I feel no empathy for such people.'

Despite the statements the participants did not condemn these patients. The background was always mentioned as an apology or an explanation of why an individual was prompted to act in such a way, which suggests an *understanding* when dealing with patients following a suicide attempt, which is always at the forefront when offering first aid to such patients.

'I believe that I have no right to condemn them (sigh), this is where life can take you.'

'I can say that I haven't been in a situation where I'd condemn them.'

The principle of due care

The principle of due care is reflected in their *care for the patient, taking responsibility, exceeding their competences and the feeling of guilt*. They feel responsible for the patient's safety from the first contact to the moment of delivery, which reflects their concern.

'From the moment that I take him over to the moment when I deliver them to the personnel in the psychiatric clinic, he is under my care and I'm not indifferent to what goes on with him in the mean time.'

According to experience, the participants often assume the whole responsibility for the patients: they often take decisions that exceed their competences.

'The main person here is the physician, not the paramedic, so everything we do we do together with the physician. Sometimes we can't get them on the phone, so we must, let's say, do something on our own; call the police, detain the patient, physically obstruct the patient.'

In case there was any damage incurrent during the attempt to control the patient's dangerous behaviour, they would feel guilty and responsible for the damage.

'The feeling of helplessness or the feeling (cough) of guilt if something happened to her because, essentially, I am responsible for her health, aren't I?'

Principle of therapeutic communication

The typical codes connected to the principle of therapeutic communication are those addressing the lack of communication skills as *doubt in the knowledge, need for professional supervision* and on the other side also *lack of time*.

'To use precisely the words 'therapeutic communication', ehm, I believe that we are, we are not very familiar with this here, right? I don't think we've mastered

it, right? As much as we should, this is mostly the responsibility of the physicians, right? Here, even if they come to the clinic this is often done by physicians, but it depends, some are very demanding and it takes a long time, some are less demanding, but I don't believe that health care employees have mastered these skills.'

'But I do think that this is a skill that we associate with physicians more; that the physician does this.'

In cases when patients refuse help, participants believe that one should take the time to focus on the case.

'We've had cases when we were at the patient for two hours, but it didn't amount to anything, we had to physically intervene, which means that the police had to assist us so that we were able to deliver the patient to the psychiatrist.'

The participants also say that a discussion to assess the success of intervention and consequently communication is required every time.

'The team has a discussion, not only with regard to psychiatric, but all types of interventions in order to improve some things and replace others, so we talk.'

The principle of safety

The principle of safety refers to ensuring safety during emergency care. This is generally done based on the assessment of the patient's condition. Codes explaining this category include *insecurity, being careful, safe approach, personal safety, inappropriate coercive measures, extreme measures and urgent measure*. Although the codes show that safety in the field is a broad concept for the participants, it is obvious that, upon arrival, they first pay attention to the surroundings, try to find a safe way to approach the patient, monitor the patient's behaviour and gestures and try to prevent self-inflicted wounds. Herefore, they quickly remove any potentially dangerous objects that are within the reach of the patient who has attempted suicide.

'Yes, essentially, we must be careful if someone is aggressive, which means a danger to himself or others, you must control him somehow.'

They value their own safety above everything else. The safety of the patients and other people present comes second.

'In extreme situations we must call the police so that they can restrain them differently, so that we can come close, because we must also pay attention to our own safety.'

When they assess that they will not be able to ensure safety of everyone present, they ask police for assistance. In extreme situations, when a patient is a threat to himself/herself or others, they believe that such a patient must be hospitalised at any cost.

'Such persons must really receive help or should be even dragged somewhere because you can see that

they need psychiatric assistance, that they are not only in a dire situation.

When it comes to forced hospitalisation, we cooperate with the police, because this enables us to approach the patient more safely, particularly where this is evident from medical history.'

When offering medical assistance, the participants also have concerns with regard to using force to control the patient, particularly when it comes to women and children, as they believe that physical restraints are inappropriate in such cases.

'Surely one of the factors to consider is where it is a child, a child or a woman, depending on the ability of the patient.'

Perhaps you have concerns when it comes to children not to apply this approach, because, well you're dealing with a child, but otherwise... I don't know... you still use physical force for the benefit of the patient, which is what guides the us in such cases.'

According to the participants, physical restraints, such as hand-cuffs or straight jackets are not only forbidden by law, but also morally and ethically disputable, and inappropriate. Officially any physical restraints are forbidden out of psychiatric hospitals and therefore according to participants, they use them rarely and improvise with non-standardised equipment. It has been several years since they stopped using them. Talking with the patient and police presence is often enough for the patient to calm down. In very critical situations, which are rare, the participants still intervene in order to physically stop the patient. However, in such cases there are mostly attempts to physically control the patient who have attempted suicide with the help of the police until the physician authorises and ensures that the patient is calmed down by means of medication.

'It has been a long time since someone was in hand cuffs. We abandoned that, we have restraints and use it if necessary but it has been a lot time since anyone was handcuffed here.'

'Officially, the use of physical restraint has been forbidden for years, meaning various straight jackets, we only use a bandage or a scarf when a patient is aggressive. And, of course we can physically stop the patients as well as we can. So, officially, physical restraints are not used in emergency medical assistance. The only restraint that we can use is chemical substance, we can administer tranquillisers under the supervision of a physician, but nothing else.'

The principle of cooperation

The category of mutual cooperation proves that assistance of other professionals is required in order for the work to be effective. Participants believe that police officers are their most important partners when dealing with suicidal and aggressive patients. The following codes typically appeared in this category:

police response time, police approach, establish procedure, limited expectations. According to participants, in many cases, the police should become involved sooner, when the patient is not completely agitated, uncontrollable or violent. Waiting until violence begins makes forced hospitalisation more risky and unpleasant.

'You'd expect them to respond more often and, I don't know, control the patient sooner... if they came sooner... in stead of waiting so that they are even more agitated then.'

When patients are agitated beyond control or even violent, the emergency team asks the police for assistance, expecting nothing other than the police to physically control the patient using their professional skills and help them to escort the patient into the ambulance van while treating the patients with respect. The participants are sometimes critical of the approach taken by the police.

'They say that unless a patient is a threat, meaning a physical threat to himself, us, their environment or equipment, they can't do anything. The police only become actively involved when the patient's physical attack has already begun, when it can already be critical. Their explanation is that this is prescribed by law.'

The participants expect very little from the police.

'I only expect this from them, to protect me, the patient and so I am happy with their cooperation within what I expect from them. I expect nothing but to help me get this person from the house, flat, to get him in the ambulance and then to the hospital in a humane, dignified way.'

Discussion

The emotional aspect of the work is the central category in our opinion, determining the attitude of study participants towards patients who have attempted suicide the most. The results show that the attitude of the participants is not stable and varies (both positive and negative attitude towards patients who have attempted suicide) and that, in principle, negative attitude appears only in relation to certain factors that have to do with the patient and the participants. The participants particularly highlight patients who refuse emergency medical care following attempted suicide or who respond aggressively. Display of refusal or even violent behaviour following a suicide attempt is possible, particularly with patients who have impaired perception of reality due to mental illness or abuse of psychoactive substances (Koller, et al., 2002; Modesto-Lowe, et al., 2006). Therefore, we steered the interviews in this direction, as we believe that having an understanding attitude towards these patients is important for forming an attitude which can significantly affect the health care of patients according to some authors (Sun, et al., 2007).

The emotional aspect of work is divided into two sub-

categories. The sub-category of *promoters of empathy* includes codes which promote greater understanding or empathy towards patients who have attempted suicide. The other sub-category is *promoters of negative attitude* and includes the codes explaining it.

The assessment of patient's condition affects the attitude. If they feel empathy, the participants try to understand patients who have attempted suicide and their background, which definitely affects their attitude towards the patients and their commitment to provide assistance (Sayumporn, et al., 2012). According to some studies, it is easier to develop a more positive attitude towards patients with whom it is easier to empathise (the participants consider these to be women and children), while the attitude is more negative to those towards whom we are unable to feel empathy. Studies mainly mention patients with recurring suicidal tendencies and self-inflicting behaviour, which are generally viewed upon more negatively, even possibly leading to inappropriate health care (McAllister, et al., 2002). Participants also report different attitude towards patients who have attempted suicide if they have recurring suicidal tendencies or frequent self-inflicting behaviour: during analysis of empirical material statements such as: *'those who have done this before...'*, *'... who attempted suicide every week ...'*, *'... let out their frustrations'* and *'to get our attention'*, which made the participants experience emotions such as *desperation, fear, anger*. We believe that these are *promoters of negative attitude*. Nevertheless, some participants mention *'no right to condemn them...'*. Therefore, we can assume that with regard to these patients who have attempted suicide, whose behaviour promotes negative attitude, the participant still act according to the *principle of due care*.

According to our study, lack of therapeutic communication skills (*the principle of therapeutic communication*) and the feeling of safety (*the principle of safety*) promote a negative attitude of participants towards patients who have attempted suicide as they can lead to negative emotions, *stress* and *emotional burn-out*. Some authors argue that providing assistance can be stressful for nurses and can lead to emotional burn-out without appropriate support of the working environment (Selič, 2010; Bregar, et al., 2011). In such cases, it is possible for the paramedics to develop defence mechanisms, establishing a distance towards some patients, which can negatively affect further relationship (Regehr, et al., 2002) and may lead to less appropriate or negative attitude towards patients who have attempted suicide.

The participants believe that they lack the skills to communicate with patients who have attempted suicide, who may resist help and can become aggressive, which is confirmed by statements such as *'...therapeutic communication', we are not very familiar with this'* and *'I don't think we've mastered it'*. The participants attribute greater therapeutic

communication skills to physicians, which also testifies to strict division of authority, which is not always the most effective working method. In this respect, Bregar (2012) argues that 'today, nursing interventions regarding suicidal patients are dominated by other influential groups in the health care system, which prevents a more independent role of the providers of nursing care.' Participants see communication with such patients more demanding, requiring additional skills. According to their experience, communication with more demanding patients can take longer ('We've had cases when we were at the patient for two hours'), but there is not always enough time. Patients who have attempted suicide typically require more attention and time for good communication that focuses on the problems of the patient. In this respect, communication skills possessed by nurses working with these patients are important (Sun, et al., 2005). Qualitative research conducted abroad examined the lack of skills with regard to nurses working in emergency units. The participants believed that they particularly require additional training in mental health care, where communication skills are very significant (Kerrison & Chapman, 2007).

According to the participants, ensuring safety (*the principle of safety*) is among the most important interventions, not only in terms of ensuring physical safety of the patient, but also in terms of the need to constantly monitor the surroundings. The principle of safety is very much intertwined with the *principle of due care*, as the participants are aware that they are required to provide urgent medical assistance both to patients displaying aggression towards themselves and/or others. This is despite the fact that, according to their statements (*because we must also pay attention to our own safety*), their safety may be compromised. Even foreign authors (Kerrison & Chapman, 2007) confirm our statements that the safety in emergency nursing care when treating patients with mental issues, may often be viewed as compromised. Therefore, emergency nurses can dislike providing medical care to such patients described. Due to the lack of knowledge in this area, the behaviour of some employees may even increase the patient's tension, which may lead to aggression towards others. The participants have also expressed doubts with regard to appropriate medical treatment of suicidal patients. They recognise ambiguous descriptions regarding the permissible use of physical restraint with aggressive patients as a weakness, because legislation only defines permissible use in psychiatry (Zakon o duševnem zdravju/Mental Health Act, 2008). When prompt action is required in legally ambiguous cases in order to ensure the safety of the patient and staff, this can be a source of unpleasant emotions and stress (*promoters of negative attitude*), which may again lead to negative attitude of the participants towards patients who have attempted suicide.

The principle of safety is intertwined with *the principle of cooperation*, which means that when participants assess that they cannot ensure an environment safe enough for themselves and the patient, they ask police for assistance, 'In an urgent situation we must call the police so that they can restrain them differently...'. Police cooperation is mostly required with forced hospitalisations, where physical restraint is also needed. The participants often encounter the issue of legality of using physical restraint, as the legislation has not defined their use outside psychiatric institutions (Zakon o duševnem zdravju/Mental Health Act, 2008). If police assistance is timely and effective, participants have a greater sense of safety and are more satisfied with the interventions, which in turn may affect their attitude towards patients who have attempted suicide, refuse assistance and may also be violent.

Study limitations

In order to be impartial to the findings of the conducted study, we should note the limitations of the research. The principle investigator is also employed in an emergency medical unit, which may have affected the conduct of interviews as well as analysis because of her own feelings and expectations regarding this issue. In her long career, she has herself perceived the problematic attitudes towards the patients presented in the study, and, as a woman, felt threatened during their medical treatment. However, personal involvement of the investigator in the issue is not problematic in qualitative studies, as it is even recommended that they know the issue well. The investigator personally knows some study participants. Only nursing employees were included in the study. Statements of medical professionals would also be interesting, as their responsibility makes it likely that they perceive their work with suicidal patients or those who have attempted suicide differently. Finally, while these results cannot be generalised, some can provide a starting point for further research.

Conclusion

When analysing empirical material we focused on the attitude of study participants who have experience in resistance, refusal of assistance or violence from patients who have attempted suicide. In order to clarify the attitude of the participants towards these patients, we identified some categories, with the central one being the emotional aspect, as the latter can, in our opinion, best explain the attitude towards patients following a suicide attempt. It is necessary to understand that the emotional aspect of this work depends on several factors that are intertwined and complex.

In conclusion, we wish to stress that it does not make sense to use the categories of positive and negative

attitudes, because the attitude varied from positive to negative and vice versa. It would make much greater sense to see or discuss the attitude towards patients as a continuous process where values or quality moves in different directions due to different factors that depend on study participants as individuals, the physical environment and society. We believe that the analysis has shown that negative attitude of participants towards patients who have attempted suicide is more often linked to the factors that emerge from within: the participants feel threatened, they do not have normal working conditions, they state that they lack knowledge to work with the patients who have attempted suicide and sometimes they are not able to face what they encounter during their work, etc. It is interesting that no participant mentioned religious belief as a reason for negative attitude.

It is our conclusion that due to the lack of psychiatric knowledge study participants approach patients who have attempted suicide too subjectively and that their understanding (even empathy) and approach to the patients is based solely on subjective views that are rooted in social and cultural norms.

The findings of qualitative study conducted among paramedics should also undergo quantitative analysis and provide appropriate support to the employees of emergency units. Guidelines should be drawn up and training on aspects of suicide should be organised, focusing on communication skills. In addition, legislation should be updated so as to formalise procedures and provide legal protection for both the patients and providers of nursing care, particularly regarding physical restraint of patients, where non-standard equipment continues to be used.

Slovenian translation/Prevod v slovenščino

Uvod

Samomor je zavestno dejanje, ki s predvideno gotovostjo povzroči smrt storilca (Valetič, 2009). Kot družbeni pojav ga najdemo tako rekoč povsod po svetu, a z različno pojavnostjo v različnih kulturah in družbah širom sveta. Vendar ob tem, da je samomor zagotovo eno najbolj intimnih dejanj, za katerega se lahko človek odloči, po drugi strani predstavlja ne samo velik in zaskrbljujoč javnozdravstveni problem, ampak tudi izziv za zdravstveno politiko držav, obremenjenih z visokim količnikom samomorov (Marušič & Zorko, 2003; Roškar, 2009). Z visokim količnikom samomorov se je ukvarjala tudi Slovenija, ki se je takoj za Litvo, Madžarsko in Finsko uvrščala na četrto mesto po številu samomorov v Evropski uniji (Bertolote & Fleischmann, 2002). Čeprav naredi samomor skoraj ena četrtnina manj Slovencev kot na primer še pred dvema desetletjema, od leta 2010 v Sloveniji po podatkih Inštituta za varovanje

zdravja (2011) ponovno beležimo porast števila samomorov. Domači in tuji strokovnjaki ta porast pripisujejo neugodnim družbenim razmeram in padcu življenjskega standarda zaradi gospodarske krize, ki je zajela svet v zadnjih nekaj letih (Groleger, 2009; Stuckler, et al., 2009; Karanikolos, et al., 2013; McDaid, et al., 2013; Korošec Jagodic, et al., 2013; Pompili, et al., 2014). Po podatkih v Sloveniji tako v zadnjem času zaradi samomora letno umre približno 436 prebivalcev, od tega 347 moških in 89 žensk, njihova starost pa je v povprečju 57 let (Kalin, 2012). Novejši podatki za leto 2012 govorijo o 443 oseb, ki so se znašle v brezizhodni situaciji, 363 moških in 80 ženskah. Tako je za leto 2012 samomorilni količnik znašal 21,54 (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev). V Sloveniji vseeno lahko poudarimo, da smo pri preprečitvi samomora naredili veliko, saj je samomorilni količnik v začetku prejšnjega desetletja znašal kar 30 oseb, umrlih zaradi samomora, na 100.000 prebivalcev (Vrdelja, 2013).

Ker samomor največkrat ni trenutni dogodek, ampak rezultat dlje časa trajajočega procesa, se vse več pozornosti namenja preprečevanju samomorov in raziskovanju dejavnikov tveganja v različnih skupinah prebivalstva (Weaver & Wright, 2009; Roškar, 2009). Pri tem sta ključni pravočasna identifikacija samomorilno ogroženih in strokovna pomoč (Marušič & Zorko, 2003; Weaver & Wright, 2009). Toda kljub preventivnim ukrepom najverjetneje ne bomo nikoli mogli preprečiti vseh poskusov samomora. Hkrati tudi drži, da se vsi poskusi samomora ne končajo s smrtnim izidom, zato se v zdravstvu in tudi v zdravstveni negi tako pri nas kot v tujini stalno in vse več srečujemo z velikim številom pacientov po poskusu samomora, do slednjih pa zaposleni v zdravstveni negi ne gojijo homogenega odnosa (Bregar, 2012). Kot so razkrile različne raziskave, je odnos zaposlenih v zdravstveni negi do pacientov po poskusu samomora odvisen od raznoraznih dejavnikov, ki vplivajo na kakovost njihove zdravstvene obravnave. Raziskovalci so tako dognali, da odnos zaposlenih do pacientov po poskusu samomora največkrat določajo naslednji dejavniki: znanje zaposlenih s področja psihiatrije, verska prepričanja, moralne vrednote, stopnja izobrazbe, čustvena inteligenca in pretekle delovne izkušnje (Sun, et al., 2007; Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012).

Našteti družbeno-kulturni dejavniki določajo tudi odnos reševalcev v ekipah nujne medicinske pomoči, ki na terenu niso le pogosto v stiku, ampak običajno tudi prva pomoč pacientu po poskusu samomora. Za ekipo nujne medicinske pomoči je zato velikega pomena ustrezen pristop k pacientu glede na njegovo pripravljenost k sodelovanju. Posledično morajo tako zdravniki kot reševalci posedovati veliko znanja in izkušenj s področja obravnave samomorilno ogroženega pacienta in ob enem znati tudi učinkovito ukrepati na mestu dogodka (Kregar, 2012). Toda ker

reševalci pogosto delajo v težkih pogojih na terenu, so nekatere raziskave zaznale negativen odnos do pacientov po poskusu samomora zlasti med zaposlenimi v ekipah nujne medicinske pomoči. Poglavitni razlogi za negativen odnos reševalcev do pacientov po poskusu samomora so npr. nasilnost pacientov po poskusu samomora, težki delovni pogoji, pomanjkljiva izobrazba s področja psihiatrije ipd. (Suokas, et al., 2008; 2009). Odnos do pacientov po poskusu samomorase raziskuje s pomočjo kvalitativnih in kvantitativnih metod, od katerih so slednje usmerjene bolj k raziskovanju oziroma merjenju pogostosti pojavnosti določenih komponent odnosa ali pa skušajo razložiti povezave ali odvisnosti med posameznimi spremenljivkami; s kvalitativnimi metodami pa se bolj odkriva razumevanje odnosa zaposlenih v zdravstvenem varstvu do pacientov po poskusu samomora (Chan, et al., 2009; Osafo, et al., 2012; Er, et al., 2013).

Namen in cilji

Odnos zaposlenih v zdravstveni negi na različnih področjih do raznih stanj pacientov lahko bistveno vpliva na kakovost zdravstvene nege, ki jo pacienti prejemajo (Ouzouni & Nakakis, 2009; Saunders, et al., 2012). Ker nekatere tuje raziskave kažejo, da imajo lahko reševalci negativen odnos do pacientov po poskusu samomora, med drugim zaradi nemogočih delovnih pogojev in nerazumevanja (nasilnega) vedenja pacientov, ki jim skušajo pomagati (Suokas, et al., 2008; 2009), je namen naše raziskave preveriti, ali udeleženci raziskave (v nadaljevanju udeleženci) gojijo negativen odnos do pacientov po poskusu samomora in do pacientov, ki so samomorilno ogroženi, in če to drži, preveriti tudi, kateri dejavniki prispevajo k pojavu negativnega odnosa. Cilj te raziskave je ugotoviti in razumeti, ali so mogoče težki delovni pogoji na terenu in nerazumevanje vedenjskih vzorcev pacientov tudi pri udeležencih vzrok za pojav negativnega odnosa reševalcev do pacientov po poskusu samomora. Zastavili smo si temeljno raziskovalno vprašanje, kakšen je odnos reševalcev do pacientov, ki so samomorilno ogroženi, oz. do pacientov po poskusu samomora.

Metode

Izvedena je bila kvalitativna raziskava primera – raziskal se je dotičen raziskovalni problem, se analiziral in celovito opisal. Izvedli smo kvalitativno analizo empiričnega gradiva. Pri zbiranju, urejanju in analizi empiričnega gradiva smo upoštevali smernice, ki veljajo za metodo utemeljene teorije po Mesec (1998), za katero Polit in Beck (2012) pravita, da je v zdravstveni negi postala pomembna metoda za raziskovanje različnih pojavov. Tako kot pri nas Urbanc (2008) tudi Polit in Beck (2012) pravita, da gre za sistematično metodo, saj predpisuje vrsto nujnih

postopkov dela. Značilnost take analize empiričnega gradiva je analitični proces dela, ki ga sestavljajo štiri faze: določitev enot kodiranja, odprto kodiranje, osno kodiranje in odnosno kodiranje (Urbanc, 2008). Mesec (1998) pravi, da je utemeljena teorija v osnovi enaka induktivni teoriji, saj temelji na zbranem in analiziranem empiričnem gradivu kot slednja. Zelo dobra je za prikazovanje, razumevanje in raziskovanje povezav med podatki, ki jih dobimo v raziskavi, in je usmerjena v odkrivanje novega. Slaba stran je, da je delo zelo zahtevno, natančno in zamudno (Urbanc, 2008). Cilj kvalitativne analize empiričnega gradiva po metodi utemeljene teorije je prikazati odnose ljudi do problema, ki ga raziskujemo (Polit & Beck, 2012). Pri tem ni nujno, da vedno pridemo do teorije, ampak so lahko cilj te metode dela tudi sodbe, trditve in razlage razumevanja problema, ki ga želimo raziskati.

Opis instrumenta

Za zbiranje empiričnega gradiva smo uporabili polstrukturirani intervju z odprtimi vprašanji, ki so jim sledila podvprašanja. Z ozirom na namen in cilje te raziskave smo udeležencem v intervjuju zastavili štiri vprašanja:

- Kakšno je vaše razumevanje in kakšni so vaši občutki do pacienta po poskusu samomora?
- Kaj občutite ob pacientu, ki je samomorilno ogrožen, agitiran in lahko tudi nasilen?
- Kako v praksi varnost zagotovite pacientu, ki je samomorilno ogrožen, in kako ekipi nujne medicinske pomoči?
- Kaj občutite pri nujenju nujne medicinske pomoči, kadar se ob pacientu počutite ogroženi?

Opis vzorca

Uporabili smo namenski vzorec, v katerega so bili vključeni aktivno zaposleni izvajalci zdravstvene nege na reševalnih postajah prehospitarnih enot nujne medicinske pomoči iz treh slovenskih regij. Raznolikost med udeleženci smo dosegli tako, da smo izbrali udeležence iz različnih enot nujne medicinske pomoči v državi, tudi po starosti je bila skupina udeležencev raznolika, od 30 do 54 let, polovica udeležencev je bila ženskega spola, polovica v raziskavo zajetih udeležencev je imela visokošolsko izobrazbo, vsi so imeli že najmanj sedem let delovnih izkušenj v enotah nujne medicinske pomoči. Dela in naloge vseh intervjuvanih oseb obsegajo delo v primarnem zdravstvenem varstvu, intervjuvane osebe delajo v enotah nujne medicinske pomoči v okviru zdravstvenih domov, kar pomeni, da se na terenu srečujejo z različnimi oblikami obravnav. Ključno merilo za izbiro udeležencev so bile pretekle izkušnje s pacienti, ki so samomorilno ogroženi ali so po poskusu samomora (vsaj tri izkušnje s pacientom, ki je samomorilno ogrožen ali po poskusu samomora).

V raziskavo smo vključili deset oseb. Pri osmem udeležencu smo že začeli prepoznavati znake zasičenosti podatkov, kar smo dokončno potrdili pri desetem udeležencu. To pomeni, da smo pri pregledu intervjujev že zaznali ponavljanje podatkov. Tako smo se zadovoljili s količino zbranih podatkov, čeprav Marshall in sodelavci (2013) opozarjajo, da je zasičenost podatkov lahko od raziskovalca do raziskovalca zelo subjektivno ocenjen podatek ter da na tem področju potrebujemo trdnejše smernice o številu v intervjuje vključenih udeležencev. Na podlagi več kot 80 pregledanih kvalitativnih raziskav, pri katerih so bile uporabljene različne kvalitativne metode in tehnike, so namreč ugotovili, da je priporočeno število vključenih intervjuvancev v kvalitativnih raziskavah, kjer se uporablja utemeljena teorija, najmanj od 20–30 udeležencev, vendar dodajajo, da so raziskovalci intervjuvali tudi manjše število udeležencev kot v naši raziskavi.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo intervjujev smo si s pisnim zaprosilom pridobili soglasje udeležencev za sodelovanje in vsakega udeleženca posebej seznanili z vlogo, vsebino, namenom in pravicami v raziskavi. Med samim intervjujem smo jim zastavljali podvprašanja, s katerimi smo udeležence usmerjali k bistvu problema ali hoteli določene misli, izjave še dodatno raziskati oziroma razumeti. Po koncu vsakega intervjujasma le-tega takoj prepisali, tako da smo pri naslednjem intervjuju lahko upoštevali določena spoznanja in ugotovitve na podlagi že izvedenih intervjujev. Intervjuje smo opravili v dopoldanskem času decembra 2012 in januarja 2013 na kraju in ob času po želji udeležencev. Pri vseh je bil intervju opravljen na njihovem delovnem mestu po zaključku delovnika. Intervjuji so trajali približno 20 do 30 minut.

Sledila je obdelava podatkov. Cilj našega večkratnega branja je bilo iskanje kod skozi proces kodiranja, kar pomeni, da smo v empiričnem gradivu povezovali in združevali podobne si dogodke in misli v izjavah intervjuvancev. Nato smo z induktivno metodo kode združili v kategorije, ki so bolj abstraktne od kod. S kodiranjem in kategoriziranjem besed smo iskali globlji pomen podatkov in tako skušali odgovoriti na raziskovalno vprašanje (Vogrinc, 2008). V našem primeru smo pri analizi empiričnega gradiva iskali oziroma kodirali izjave, misli in mnenja udeležencev, s katerimi smo iskali odgovor na raziskovalno vprašanje. Dognali smo, da se ponavljajo podobne kode, s katerimi so udeleženci opisovali svoja občutenja med obravnavo pacientov po poskusu samomora. Kode smo združili v bolj abstraktne kategorije, s katerimi smo skušali razložiti odnos udeležencev do pacientov po poskusu samomora na bolj pregleden in sistematičen način. Izjave udeležencev smo pustili nespremenjene, kar je pri kvalitativni analizi dopuščeno.

Vse udeležence smo seznanili z zaupnostjo in varovanjem pridobljenih podatkov. Seznanili smo jih tudi o pravici do odklonitve sodelovanja, ki je prostovoljno in neobvezujoče. Seznanjeni so bili, da se bo pogovor snemal, za kar smo si prav tako predhodno pridobili dovoljenje intervjuvanih oseb. Identiteta udeležencev je zaščitena v skladu s priporočili in navodili dobre prakse. Vse intervjuje hranimo v svojem arhivu. Prav tako smo pazili, da intervjuvane osebe med intervjuji niso nikogar od pacientov poimensko imenovali. Poskrbeli smo torej tudi za anonimnost in varstvo podatkov pacientov.

Rezultati

Kot odgovor na naše temeljno raziskovalno vprašanje: »Kakšen je odnos reševalcev do pacientov, ki so samomorilno ogroženi, ali do pacientov po poskusu samomora?« lahko rečemo, da smo že kaj kmalu po začetku, med sprotnim branjem in prepisovanjem intervjujev zaznali, da udeleženci gojijo poseben, občasno odklonilen odnos do pacientov po poskusu samomora zaradi odklanjanja in upiranja slednjih ali njihovega nasilnega vedenja do reševalcev. Zaradi tega smo se še pred zaključkom intervjujev začeli osredotočati na iskanje vzrokov odklonilnega odnosa reševalcev do teh pacientov. Vsi udeleženci so se v svoji praksi z opisanimi pacienti že večkrat srečali. Vendar pa moramo na tem mestu poudariti, da pri tem nismo prezrli tudi tistih primerov, ki prikazujejo tudi bolj pozitiven odnos do pacientov po poskusu samomora. Splošna ugotovitev je, da so opisani pacienti med obravnavo in nudenjem medicinske pomoči običajno bolj zahtevni in zato pogosteje podvrženi nerazumevanju reševalcev, še posebej, če odklanjajo pomoč. Takšno stanje so udeleženci običajno opisovali kot »neobvladljivo stanje pacienta« in v teh primerih so vedno najprej poskrbeli za lastno varnost:

»Na prvem mestu pa nam je oziroma bi nam naj bila naša lastna varnost, tako.«

Šele ko so udeleženci poskrbeli za lastno varnost, so poskrbeli za varnost pacienta. Pri tem so se velikokrat znašli v dilemi, kako ukrepati oziroma ravnati s pacientom. Ker nimajo izkušenj s pacienti s področja psihiatrije, so imeli pomisleke na primer o uporabi fizičnih ovirnic ali prisilni hospitalizaciji:

»Ovirnice se uradno ne sme uporabljati že vrsto let, se pravi, kot razne jopiče za zadrževanje, pa seveda pri agresivnih pacientih; kvečjemu kak povoj, ruto, pa seveda fizično oviranje pacienta, kot pač sami znamo.«

Pri svojem delu so v odsotnosti ali nedosegljivosti zdravnika velikokrat prisiljeni sprejemati tudi odločitve, ki presegajo njihove kompetence:

»Nosilec dejavnosti pri nas je zdravnik, ni reševalec. In potem tudi vse, kar delamo, delamo z zdravnikom. Včasih ga ne moreš dobiti ne na telefon, in moramo delat, po domače povedano, na svojo pest – klicat policijo, pa bom rekel, pridržanje pacienta, fizično oviranje.«

V raziskavi so torej udeleženci navajali odklonilen odnos do nekaterih pacientov po poskusu samomora. Vprašanje, ki se nam je zastavljalo, je: od kod izvira odklonilen odnos oziroma zakaj se pojavlja. Odgovor na vprašanje smo iskali preko analize empiričnega gradiva, kjer smo posamezne med seboj podobne kode združevali v tematske kategorije, s katerimi lahko pojasnimo oziroma razumemo odklonilen odnos, ki se pojavlja do nekaterih pacientov po poskusu samomora:

- ocena pacientovega stanja;
- čustvena komponenta dela;
- načelo dolžnega ravnanja;
- načelo terapevtske komunikacije;
- načelo varnosti;
- načelo sodelovanja.

Ocena pacientovega stanja

Pod to kategorijo smo združili kodi *individualnost* in *merilo ogroženosti*. Ker se pri določenih pacientih po poskusu samomora lahko pojavi tudi nasilno vedenje, udeleženci pravijo, da je uporaba sile pri obvladovanju nasilnega vedenja pacientov smiselna in potrebna. Pri tem navajajo, da je potrebna pravočasna ocena ogroženosti, tako avtoagresivnosti kot heteroagresivnosti. Pri pacientih, kjer je potrebna uporaba sile, udeleženci vedno izpostavljajo svoje mešane občutke, in sicer zlasti pri najbolj ranljivih skupinah prebivalstva, kot so otroci in ženske. Posledično lahko ugotovimo, da reševalci praviloma obravnavajo paciente glede na njihove individualne značilnosti in merilo ogroženosti:

»Od človeka do človeka različno in je treba za vsakega posebej znati kako pa kaj.«

Pri tem izpostavljajo skupine pacientov, katerih obravnava je še posebej občutljiva:

»Sigurno je merilo tudi otrok, otrok ali ženska ali odvisno od kapacitete tega pacienta. Mogoče je pri otrocih, je nek pomislek od zadaj, da jih ne uporabljajš, ker vseeno, je otrok, ne. Drugače pa, ne vem, vseeno delaš tudi z uporabo teh prisilnih sredstev v dobro pacienta in je to nekako vodilo teh primerov.«

Čustvena komponenta dela

Pri delu s pacienti, ki so po poskusu samomora ali so samomorilno ogroženi, so udeleženci omenjali različna čustva, s katerimi se srečujejo med delom s pacienti, kot so na primer: *sočutje*, *prizadetost*, *žalost*, *strah*, *obup*, *groza*, *jeza*, *tesnoba*, *stres* in *čustvena izčrpanost*. Izpostavljene kode lahko razdelimo v dve podkategoriji, in sicer na *spodbujevalce odklonilnega odnosa*: *strah*, *obup*, *groza*, *jeza*, *tesnoba*, *stres* in *čustvena izčrpanost*; ter drugo podkategorijo, tj. *spodbujevalce empatičnega odnosa*, kamor lahko uvrstimo: *prizadetost*, *razumevanje*, *sočutje* in *zaskrbljenost*. Iz kod je razvidno, da se udeleženci

med obravnavo pacientov po poskusu samomora praviloma počutijo neprijetno. Ta čustva so še bolj izrazita, kadar so pacienti otroci in mladostniki (*prizadetost* in *sočutje*):

»Čustva delajo po svoje, ampak najbolj sigurno pa gane, me gane pri otrocih.«

Ta čustva stopijo v ozadje, če pacienti vztrajajo pri svoji nameri, se pravi, če še naprej skušajo storiti samomor. V takem primeru lahko pacienti po poskusu samomora običajno ne samo odklanjajo vsakršno pomoč, ampak pogosto postanejo tudi nasilni do udeležencev, saj jih vidijo kot oviro za doseg svojega cilja. Udeleženci so ob takih primerih navajali tudi občutek *strahu* in *obupa* ter negotovosti in opisovali doživetje kot *stresno*:

»Ja, k službi spada, vsekakor. Samo vseeno pa takrat občutiš nekakšno tesnobo, strah, ne vem.«

V takih situacijah poskušajo nadzorovati svoja čustva, jih obvladati, a jim to ne uspeva vedno, zato so občasno z določenimi dogodki obremenjeni tudi v domačem okolju. Posledično kažejo znake *čustvene izčrpanosti*:

»Čisto odvisno od situacije. No, včasih se zgodi kakšen dogodek, da doma tudi razmišljaš, sicer pa res to probam ločit. No, tako da probam pustit v službi. No, je pa kdaj kakšna stvar, ki se te dotakne pač, to smo ljudje.«

Sicer pa so udeleženci navajali, da so lažje opravljali svoje delo in prenašali stres, če so poznali vzroke oziroma vzgibe, ki so vodili paciente v poskus samomora (*razumevanje*):

»Vedno gledam ozadje, ker razmišljam dosti o tem sama. Če se ti zgodi v življenju, ne vem, ali težka bolezen ali socialne stiske, takrat se mi zdi, da se tudi lažje poistovetim s tem pacientom.«

Pri udeležencih so *razumevanje* vedno spremljali občutki *sočustvovanja*:

»Poskušaš nekako. Vendarle se te dotakne do te mere, da ..., da le malo sočustvuješ z njimi in poskušaš nekako ga razumet, sej v bistvu to tudi ..., to tudi ljudje rabijo.«

Po drugi strani pa so udeleženci kazali manj ali nič *razumevanja* do pacientov, ki so usmerjeni v ponavljajoča se samopoškodbeno dejanja. Njihovo početje so si razlagali kot zbujanje pozornosti, zaradi česar so bili *obupani* ali *jezni* nad pacienti po poskusu samomora ali do njih kazali indiferenten odnos:

»Nimam pa takega enakega občutka do tistih, ki nekako skušajo pozornost vzbujati. Mogoče za kanček. Mogoče pri tistih, ki so povratniki, ki je večkrat že. Zaradi tega, ker imamo ..., recimo, nekatere paciente smo imeli, ki so delali tedensko samomor, samo zaradi tega, da so, bom rekel, izživljali svoje frustracije. Da so, bom rekel, v nas zbujali pozornost. Do tistih pač ne čutim več empatije.«

Kljub temu v izjavah udeležencev ni možno zaznati obtoževanja teh pacientov, udeleženci so namreč vedno izpostavljali ozadje kot opravičilo ali razlago,

zakaj se posameznik sploh odloča za takšna dejanja. Slednje kaže na to, da je razumevanje pri obravnavi pacienta po poskusu samomora pri nujenju prve pomoči udeležencev vedno v ospredju:

»Jaz mislim, da nimam pravice bit obtožujoča do teh. Pač, samo življenje jih pripelje do te faze.«
 »Nisem še bila v situaciji, bom rekla, da bi jih ravno obtoževala.«

Načelo dolžnega ravnanja

Načelo dolžnega ravnanja udeležencev se kaže v njihovi skrbi do pacienta, prevzemanju odgovornosti, preseganju kompetenc in občutku krivde. Čutijo se odgovorne za varnost pacienta od prvega stika z njim do predaje pacienta, kar kaže na njihovo skrb:

»Od trenutka, ko ga prevzamem, do trenutka, ko ga predam osebju psihiatrične bolnišnice, je pač moja skrb in mi ni »vse glih«, kaj se v tem času dogaja z njim.«

Po svojih izkušnjah med potekom celotne obravnave pogosto prevzemajo vso odgovornost za paciente nase – velikokrat sprejemajo odločitve, ki v bistvu presegajo njihove kompetence:

»Nosilec dejavnosti pri nas je zdravnik, ni reševalec. In potem tudi vse, kar delamo, delamo z zdravnikom. Včasih ga ne moreš dobit ne na telefon, in moramo delat, po domače povedano, na svojo pest – klicat policijo, pa, bom rekla, pridržanje pacienta, fizično oviranje.«

V primeru, da bi med poskusom obvladovanja nevarnega vedenja pacient utrpel kakršnokoli škodo, bi imeli občutek lastne krivde, počutili bi se odgovorne in krive za nastalo škodo:

»Občutek nemoči oziroma občutek ... krivde, če bi se njej kaj zgodilo – ker v končni fazi sem jaz odgovoren za njeno zdravlje, a ne?«

Načelo terapevtske komunikacije

Za načelo terapevtske komunikacije so značilne kode, ki govorijo o pomanjkanju znanja o komunikaciji: pomanjkanje časa za komunikacijo, čas komunikacije, dvom v znanje, nujna strokovna supervizija.

»Da bi prav rekla terapevtsko komunikacijo, ..., mislim, da ta izraz pri nas ni prav preveč domač, a ne? Mislim, da je ne obvladamo, a ne, tako kot bi jo morali. Zdaj pač večinoma to izvajajo zdravniki, a ne? Saj pri nas velikokrat, no, tudi če pridejo v ambulantno taki ljudje, pač zdravniki izvajajo. Je pa čisto odvisno, eni so zelo zahtevni, dolgo traja, eni malo manj. Mislim pa, da te komunikacije, ne vem, zdravstveni delavci ne obvladamo.«

»Drugače pa mislim, da to tehniko bolj pripisujemo zdravniku. No, da zdravnik te stvari pač izvede.«

Za primere, ko pacienti zavračajo pomoč, udeleženci intervjujev trdijo, da si je potrebno vzeti čas in se jim posebej posvetiti:

»Smo pa že imeli tudi primere, kosmo dve uri bili pri pacientu. Pa na koncu nismo iztržili nič drugega, kot da smo morali fizično poseč. Se pravi, da je morala pomoči policija, da smo pacienta prepeljali do psihiatra.«

Prav tako udeleženci navajajo, da je po vsaki intervenciji potreben pogovor med člani tima, ki ocenijo uspešnost intervencije in s tem tudi komunikacije:

»Ekipa se pogovori, ne samo pri psihiatričnih, tudi pri ostalih intervencijah, predvsem z namenom, da bi nekatere stvari izboljšali, kakšno slabšo odpravili in tako se pogovarjamo.«

Načelo varnosti

Kategorija varnosti se nanaša na zagotavljanje varnosti pri nujnem posredovanju. Varnost reševalci praviloma zagotovijo glede na oceno stanja pacienta. Kode, ki pojasnjujejo to kategorijo, so negotovost, previdnost, varen pristop, osebna varnost, neprimerna prisilna sredstva, zadnji ukrep in nujni ukrep. Čeprav kode namigujejo, da je varnost na mestu dogodka za udeležence širok pojem, je očitno, da so pri posredovanju ob prihodu vedno kot prvo pozorni na okolico: iščejo varen pristop do ogroženega pacienta, spremljajo obnašanje in gibe pacienta med obravnavo in skušajo preprečiti samopoškodbe, zato iz bližine pacienta po poskusu samomora hitro odstranijo vse potencialno nevarne predmete:

»Ja, ja, v glavnem, treba je pazit, da če je človek agresiven, to se pravi, nevaren sebi ali drugim, da ga na nek način pač obvladaš.«

Najbolj pomembna jim je lastna varnost in šele nato varnost pacienta ter ostalih prisotnih v okolici:

»V skrajni sili moramo poklicat policijo, da ga pač umirijo na drugačen način, da mu pač se lahko približamo, ker mi moramo tudi pazit prvotno na svojo varnost.«

Vedno, ko presodijo, da ne bodo mogli zagotoviti varnosti vsem prisotnim, zaprosijo za asistenco policije. V skrajnih primerih, ko pacient ogroža sebe ali druge, so mnenja, da je takšnega pacienta za vsako ceno potrebno hospitalizirati:

»Takemu človeku pa mislim, da je treba sploh pomagat oziroma ga kar na silo nekam odvleč, ker vidiš pa, da res rabi eno psihiatrično pomoč, da ni to samo njegova stiska. Za prisilno hospitalizacijo sodelujemo s policijo, ki nam omogoča še bolj varen pristop do pacienta, posebej, kadar je to z anamneze razvidno.«

Pri nujenju nujne medicinske pomoči, zlasti otrokom in ženskam, se udeleženci srečujejo tudi s pomisleki glede uporabe sile pri obvladovanju pacienta, saj ovirnice štejejo za neprimerno prisilno sredstvo:

»Sigurno je merilo tudi otrok, otrok ali ženska ali odvisno od kapacitete tega pacienta.

Mogoče pri otrocih je nek pomislek od zadaj, da jih

ne uporabljaš, ker vseeno je otrok, ne? Drugače pa, ne vem, vseeno delaš tudi z uporabo teh prisilnih sredstev v dobro pacienta in je to nekako vodilo teh primerov.»

Sicer pa so ovirnice, kot so lisice in prisilni jopič, v praksi ne le zakonsko prepovedane, ampak jih je po mnenju intervjuvancev tudi neprimerno ter moralno in etično sporno uporabljati. Že kar nekaj let je minilo, odkar se je opustila uporaba le-teh. Da se pacient umiri, včasih popolnoma zadostuje že pogovor in prisotnost policije. V res kritičnih situacijah, ki so sicer zelo redke, pa so udeleženci povedali, da v praksi vseeno izvajajo fizično oviranje pacienta, vendar gre pri tem običajno le za fizično obvladovanje pacientov po poskusu samomora s pomočjo policije, dokler zdravnik ne odredi in poskrbi za umiritev pacienta s pomočjo medikamentoznega varnostnega ukrepa:

»Že zelo dolgo je primer, da je bil vkljenjen takšen človek, in potem te, te načine smo nekako opustili. Mi zdravstveni delavci imamo ovirnice, in če je to potrebno, uporabljamo njo, njo uporabljamo. Tule že zelo dolgo tega, kar smo uporabil te lisice.«

»Ovirnice se uradno ne sme uporabljati že vrsto let, se pravi, kot razne jopiče za zadrževanje, pa seveda pri agresivnih pacientih, kvečjemu kak povoj, ruto, pa seveda fizično oviranje pacienta, kot pač sami znamo pa kako lahko. Tako da uradno se v medicinski nujni pomoči ne uporablja ovirnic. Edino, kjer je tudi ovirnica, kemična ovirnica, ki seveda pod nadzorom zdravnika lahko damo pomirjevala ali karkoli, ostalo pa ne.«

Načelo sodelovanja

Medsebojno sodelovanje je kategorija, ki dokazuje, da je za potek učinkovitega dela potrebna tudi pomoč drugih strokovnjakov. Udeleženci štejejo na primer policiste za njim najpomembnejše sodelavce pri obravnavi pacienta, ki je samomorilno ogrožen ali lahko tudi nasilen. Za to kategorijo so bile značilne zlasti naslednje kode: *odzivni čas policistov, pristop policistov, utečen postopek dela, omejena pričakovanja*. Po mnenju udeležencev bi se policija marsikdaj morala v posredovanje vključiti že prej, ko pacient še ni povsem agitiran, neobvladljiv ali nasilen, kajti s čakanjem do začetka nasilja je izvedba prisilne hospitalizacije mnogo bolj rizična in neprijetnejša:

»Bi pričakoval, da se večkrat odzovejo in bi tudi, ne vem, mogoče pacienta lahko prej obvladali, če bi prej pristopili, kot pa, da se čaka, da je potem še mogoče bolj agitiran.«

Kadar so pacienti neobvladljivi, agitirani ali celo nasilni, udeleženci pravijo, da ekipa nujne medicinske pomoči za pomoč zaprosi policijo, od katere ne pričakuje nič drugega, kot da jim pacienta dostojanstveno, s spoštovanjem in profesionalnim znanjem fizično obvlada in jim ga pomaga pospremiti v rešilni avto. Do pristopa policistov so udeleženci občasno kritični:

»Prvi njihov je zakon tak: dokler pacient ne ogroža čisto fizično sam sebe, nas, ali okolice ali inventarja, se pravi, tudi oni ne morejo nič poseč. Policisti se v aktivno posredovanje vključijo šele, ko se fizični napad pacienta že prične, kar je včasih že zelo kritično. Njihova obrazložitev je, da jim tako veleva zakon.«

Hkrati pa imajo intervjuvanci od policistov le malo pričakovanih:

»Od njih pa pravzaprav jaz pričakujem samo to, čisto prvi, prvo varovanje mene, pacienta in tako, da sem z njihovim sodelovanjem zadovoljen v tistih mejah, kot od njih pričakujem. Jaz od njega ne pričakujem nič drugega, kot da mi pomaga varno spraviti tega človeka iz hiše, iz stanovanja, da ga potem na en človeški način, dostojanstven način brez prisile velike spravimo v reševalno vozilo in potem do bolnice.«

Diskusija

Čustvena komponenta dela je tista kategorija, za katero mislimo, da je osrednja in da najbolj opredeli odnos udeležencev raziskave do pacientov po poskusu samomora. Iz rezultatov je razvidno, da je odnos udeležencev nestabilen oziroma spremenljiv (do pacientov po poskusu samomora lahko gojijo tako pozitiven kot negativen odnos) in da se načeloma odklonil, negativen odnos pojavlja le v povezavi z nekaterimi dejavniki, ki jih lahko umestimo na stran pacienta ali na stran udeleženca. V prvi vrsti pa udeleženci izpostavljajo paciente po poskusu samomora, ki nujno medicinsko pomoč odklanjajo ali pa so lahko tudi nasilni do nudenja prve pomoči. Pojavnost odklonilnega in lahko tudi nasilnega vedenja je pri pacientih po poskusu samomora možna predvsem pri tistih, pri katerih je presoja stvarnosti motena zaradi duševne bolezni ali zlorabe psihoaktivnih snovi (Koller, et al., 2002; Modesto-Lowe, et al., 2006). Tako smo intervjuje usmerjali zlasti v to smer, saj menimo, da je razumevanje udeležencev do teh pacientov pomembno za oblikovanje odnosa, za katerega tudi nekateri avtorji pravijo, da lahko bistveno vpliva na zdravstveno nego, ki so je pacienti deležni v procesu zdravstvene obravnave (Sun, et al., 2007).

Čustveno komponento dela smo razdelili na dve podkategoriji. V podkategorijo *spodbujevalci empatičnega odnosa* smo uvrstili kode, ki pri udeležencih raziskave spodbujajo bolj razumevač oziroma empatičen odnos do pacientov po poskusu samomora, v podkategorijo *spodbujevalci odklonilnega odnosa* pa kode, ki pojasnjujejo odklonilni odnos.

Ocena pacientovega stanja je pri oblikovanju odnosa pomembna. Pri empatičnem odnosu udeleženci skušajo razumeti paciente po poskusu samomora in njihovo ozadje, kar vsekakor vpliva na njihov odnos do pacientov in na njihovo zavzetost za nudenje pomoči (Sayumporn, et al., 2012). Nekateri raziskave dokazujejo, da do pacientov, do katerih

lažje izrazimo empatijo (udeleženci uvrščajo v to skupino ženske in otroke), lahko razvijemo pozitivnejši odnos kot do tistih, do katerih le-te ne zmoremo izraziti, odnos do le-teh je negativnejši. V raziskavah avtorji v teh primerih omenjajo predvsem paciente s ponavljajočimi se samomorilnimi težnjami ali namernimi samopoškodbenimi vedenji, do katerih na splošno vlada negativen odnos, kar lahko pripelje tudi do neprimerne zdravstvene nege teh pacientov (McAllister, et al., 2002). Tudi udeleženci navajajo drugačno razumevanje pacientov po poskusu samomora, ki imajo ponavljajoče samomorilne težnje ali pogosta samopoškodbena vedenja, kar smo pri analizi empiričnega gradiva zaznali skozi med seboj podobne opise kot: »pri tistih, ki so povratniki«, »ki so delali tedensko samomor«, »izživljali svoje frustracije« in »zbujali pozornost«. Udeleženci pravijo, da se v takih primerih pojavijo čustva, kot so *obup, strah, jeza* – zakatere menimo, da so *spodbujevalci odklonilnega odnosa*. Ker pa kljub temu nekateri v raziskavi izražajo tudi mnenja kot: »nimam pravice bit' obtožujoča«, lahko predvidevamo, da udeleženci tudi pri teh pacientih po poskusu samomora, ki s svojim vedenjem spodbujajo odklonilen odnos, ravnajo po *načelu dolžnega ravnanja*.

Pomanjkanje znanja terapevtske komunikacije (*načelo terapevtske komunikacije*) in pomanjkanje občutka varnosti (*načelo varnosti*) v naši raziskavi spodbujata odklonilen odnos udeležencev oziroma negativen odnos do pacientov po poskusu samomora, saj sta lahko vir neprijetnih čustev in *stresa ter čustvene izčrpanosti*. Tudi nekateri drugi avtorji trdijo, da je lahko nudenje pomoči za zaposlene v zdravstveni negi stresno, kar lahko ob neprimerni podpori delovnega okolja vodi v čustveno izgorelost (Selič, 2010; Bregar, et al., 2011). V teh primerih je možno, da reševalci razvijejo zaščitne mehanizme, da vzpostavijo do določenih pacientov distanco, kar pa lahko negativno vpliva na nadaljnji odnos do le-teh (Regehr, et al., 2002) – lahko torej vodi do manj primernega oziroma odklonilnega odnosa do pacientov po poskusu samomora.

Udeleženci raziskave pogrešajo znanja iz komunikacije s pacientom po poskusu samomora, ki se lahko upira pomoči in je posledično lahko tudi nasilen, kar nam potrjujejo opisi kot npr.: »s terapevtsko komunikacijo /.../ ni prav preveč domač«, »mislim, da je ne obvladamo« in »mislim pa, da te komunikacije, ne vem, zdravstveni delavci ne obvladamo«. Pri tem udeleženci znanja iz terapevtske komunikacije pripisujejo bolj zdravnikom, kar govori tudi o ostro ločenih pristojnostih, kar pa ni vedno najbolj učinkovita oblika dela. Bregar (2012) v tej zvezi pravi, da so »danes intervencije zdravstvene nege samomorilno ogroženih pacientov pod prevlado drugih vplivnih skupin v zdravstvenem varstvu, kar preprečuje avtonomnejšo vlogo izvajalcev zdravstvene nege«. Udeleženci zaznavajo, da je komunikacija s temi pacienti zahtevnejša in da potrebujejo dodatna znanja.

Po njihovih izkušnjah je komunikacija z zahtevnejšimi pacienti tudi dolgotrajnejša: »Smo pa že imeli tudi primere, ko smo dve uri bili pri pacientu,« na terenu pa ni vedno na razpolago dovolj časa. Značilno za paciente po poskusu samomora je, da potrebujejo več pozornosti in časa za kakovostno komunikacijo, ki je usmerjena v njegove težave. Pri tem so pomembne komunikacijske veščine, ki jih imajo izvajalci zdravstvene nege za delo s temi pacienti (Sun, et al., 2005). Tudi v tujih okoljih so s kvalitativnimi metodami raziskovali pomanjkanje znanj zaposlenih v zdravstveni negi na področju urgentnih enot. Udeleženci so menili, da potrebujejo dodatna znanja prav s področja psihiatrije, kjer so komunikacijske veščine zelo pomembne (Kerrison & Chapman, 2007).

Zagotavljanje varnosti (*načelo varnosti*), kar ne pomeni samo zagotavljanje fizične varnosti pacienta, ampak tudi nenehno ocenjevanje okolice, je po mnenju udeležencev raziskave ena izmed najpomembnejših intervencij. Načelo varnosti se močno prepleta z načelom *dolžnega ravnanja*, saj se pri pacientih, kjer je prisotna tako avtoagresija kot heteroagresija, udeleženci zavedajo, da morajo po načelu dolžnosti nuditi strokovno nujno medicinsko pomoč, čeprav je po njihovih izjavah sodeč, njihova varnost lahko tudi ogrožena: »mu pač se lahko približamo, ker moramo tudi pazit prvotno na svojo varnost«. Tudi tuji avtorji (Kerrison & Chapman, 2007) potrjujejo naše trditve, da je varnost zaposlenih v zdravstveni negi na področju urgence pri obravnavi pacientov z duševno motnjo, pogosto ogrožena. Zaposleni v zdravstveni negi na področju urgence imajo zato lahko tudi odpor do zdravstvene oskrbe opisanih pacientov. Zaradi pomanjkanja znanja na tem področju lahko nekateri zaposleni s svojim vedenjem celo zvečajo napetost pacientov, kar lahko vodi naprej v heteroagresijo. Svoje dvome pa izražajo tudi pri ustrezni zdravstveni obravnavi pacientov, ki so samomorilno ogroženi. Udeleženci raziskave vidijo veliko pomanjkljivost pri nedorečenosti uporabe fizičnega oviranja pacientov, ki izkazujejo nasilno vedenje, saj je le-to med področji zdravstvene obravnave pravno urejeno le za psihiatrijo (Zakon o duševnem zdravju, 2008). V teh pravno nedorečenih primerih, ko je potrebno hitro ukrepanje, tako za zagotavljanje varnosti pacienta in osebja, je lahko to vir neprijetnih čustev in stresa (*spodbujevalci odklonilnega odnosa*), kar lahko zopet vodi v odklonilen odnos udeležencev do pacientov po poskusu samomora.

Načelo varnosti se prepleta z *načelom sodelovanja*, kar pomeni, da ko udeleženci presodijo, da ne morejo poskrbeti za dovolj varno okolje tako zase kot za pacienta, za pomoč prosijo policijo: »V skrajni sili moramo poklicat policijo, da ga pač umirijo na drugačen način /.../«. Sodelovanje policije je po izjavah potrebno predvsem pri prisilnih hospitalizacijah, kjer so po izjavah udeležencev potrebne tudi fizične ovirnice. Udeleženci se pri tem srečujejo z vprašanjem

legalnosti uporabe fizičnih ovirnic, katerih uporaba izven psihiatričnih zavodov zakonsko ni opredeljena (Zakon o duševnem zdravju, 2008). V kolikor je pomoč policije pravočasna in učinkovita, imajo udeleženci raziskave večji občutek varnosti in so z intervencijami bolj zadovoljni, kar zopet lahko vpliva na odnos do pacientov po poskusu samomora, ki sodo pomoči odklonilni in lahko tudi nasilni.

Omejitve raziskave

Omeniti moramo nekatere omejitve glede nepristranskosti do nekaterih ugotovitev izvedene raziskave. Tudi nosilka raziskave je zaposlena v enoti nujne medicinske pomoči in je s svojimi občutki in pričakovanji glede izpostavljenih problematike lahko imela vpliv na izvedbo intervjujev ter na njihovo analizo. Tudi sama je pri dolgoletni praksi zaznavala problematičnost odnosa do v raziskavi izpostavljenih pacientov in kot ženska zaznavala občutek lastne ogroženosti pri njihovi zdravstveni obravnavi. Z nekaterimi udeleženci raziskave se raziskovalka pozna osebno. Sicer pa za kvalitativne raziskave ni ovira, če je raziskovalec v problematiko osebno vpleten, celo priporočljivo je, da je z njo dobro seznanjen. V raziskavo so bili vključeni samo zaposleni v zdravstveni negi, zanimivi bi bili tudi pogledi zaposlenih v medicini, ki verjetno zaradi svoje odgovornosti drugače dojemajo delo s pacienti, ki so samomorilno ogroženi ali po poskusu samomora. Nenazadnje teh rezultatov ne moremo posplošiti, nekatere ugotovitve pa so lahko izhodišče za nadaljnje raziskovanje.

Zaključek

Pri analizi empiričnega gradiva smo posebno pozornost posvetili predvsem odnosu udeležencev raziskave do pacientov po poskusu samomora v primerih, ko so med opravljanjem svojega dela naleteli na njihov odpor, odklanjanje pomoči ali nasilje. Za pojasnitev odnosa udeležencev do teh pacientov smo identificirali nekatere kategorije, med katerimi je čustvena komponenta dela po našem mnenju najbolj osrednja in s katero lahko najbolj pojasnimo odnos do pacientov po poskusu samomora. Potrebno je razumeti, da je čustvena komponenta dela odvisna od kar nekaj dejavnikov, ki se med seboj prepletajo, njihovo razumevanje pa je kompleksno.

V zaključku bi želeli tudi poudariti, da pri delu udeležencev ni smiselno operirati s kategorijama pozitiven oz. negativen odnos, kajti odnos vsakega je po našem mnenju spremenljiv: zdaj je pozitiven, zdaj negativen. Bilo bi torej bolj smiselno govoriti oz. si zamisliti ta odnos do pacientov po poskusu samomora kot neki kontinuum, na katerem se vrednost oz. kakovost odnosa pomika sem ter tja z ozirom na različne dejavnike, ki izvirajo iz udeleženca raziskave kot posameznika oz. iz fizične okolice ali družbe kot

okolice. Analiza gradiva je po našem mnenju pokazala, da negativen oz. odklonilen odnos udeležencev do pacientov po poskusu samomora srečamo pogosteje pri dejavnikih, ki izvirajo iz njih samih: počutijo se ogroženi, nimajo normalnih delovnih pogojev, ocenjujejo, da nimajo vseh potrebnih znanj za delo s pacienti po poskusu samomora, včasih pa se tudi ne znajo soočiti s tem, kar vidijo pri delu, ipd. Kot zanimivost naj omenimo, da noben udeleženec ekipe nujne medicinske pomoči kot razloga za odklonilen odnos ne navaja verskega prepričanja.

Naš sklep je, da udeleženci raziskave zaradi neznanja oz. nepoznavanja psihiatrije k pacientom po poskusu samomora pristopajo preveč subjektivno in da njihovo razumevanje (tudi empatija) in pristop k pacientom po poskusu samomora temeljita izključno na subjektivnih predstavah, ki izvirajo iz družbeno-kulturnih norm.

Ugotovitve kvalitativne raziskave, ki smo jo izvedli med reševalci, bi bilo potrebno tudi kvantitativno oceniti ter na podlagi tega nuditi ustrezno podporo zaposlenim v ekipah nujne medicinske pomoči. Potrebna bi bila priprava nekaterih strokovnih smernic, predvsem iz izobraževalnih vsebin s področja samomorilnosti s poudarkom na znanju in veščinah iz komunikacije. Potrebna bi bila dopolnitev nekaterih pravnih dokumentov, s katerimi bi formalizirali postopke in pravno zaščitili tako paciente kot izvajalce zdravstvene obravnave, in sicer zlasti pri fizičnem omejevanju pacientov, kjer se še danes marsikje uporabljajo nestandardizirani pripomočki.

Literature/Literatura

- Bertolote, J.M. & Fleischmann, A., 2002. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologi*, 7(2), pp.6-8. Available at: <http://iasp.info/pdf/papers/Bertolote.pdf> [27. 9. 2012].
- Bregar, B., 2012. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 67–75.
- Bregar, B., Peterka Novak, J. & Možgan, B., 2011. Doživljanje stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 253–62.
- Carmona-Navarro, M.C. & Pichardo-Martínez, M.C., 2012. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), pp. 1161–1168. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019> PMID:23258730
- Chan, S.W., Chien, W.T. & Tso, S., 2009. Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Education Today*, 29(7), pp. 763–769. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.03.013> PMID:19428159

- Er, G., Şimşek, Z. & Aker, A.T., 2013. Developing an attitude scale towards attempted suicide cases for evaluating emergency medical teams (ASETSA). *Turkish Journal of Psychiatry*, 24(4), pp. 260-265.
PMid:24310093
- Groleger, U., 2009. Samomorilno vedenje. In: Pregelj, P. & Kobentar, R. eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju: učbenik*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 295–302.
- Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. *Ob svetovnem dnevu preprečevanja samomora 2011: večkulturne družbe predstavljajo poseben izziv*. Available at: http://www.ivz.si/mediji/sporocila_za_javnost?pi=21&_21_view=item&_21_newsId=1719&pl=85-21.0 [6. 4. 2012].
- Kalin, K., 2012. *Svetovni dan preprečevanja samomora 2012. Statistični urad Republike Slovenije*. Available at: http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=4953 [3. 1. 2013].
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., et al., 2013. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*, 381(9874), pp. 1323–1331.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)
PMid:23541059
- Kerrison, S.A. & Chapman, R., 2007. What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 15(1), pp. 48-55.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aen.2006.09.003>
PMid:17198753
- Koller, G., Preuss, U.W., Bottlender, M., Wenzel, K. & Soyka, M., 2002. Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(4), pp. 155–160.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00406-002-0362-9>
PMid:12242575
- Korošec Jagodic, H., Rokavec, T., Agius, M., & Pregelj, P., 2013. Availability of mental health service providers and suicide rates in Slovenia: a nationwide ecological study. *Croatian Medical Journal*, 54(5): pp. 444–452.
<http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2013.54.444>
PMid:24170723; PMCID:PMC3816558
- Kregar, B., 2012. *Obravnava agresivnega pacienta v nujni medicinski pomoči: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 55.
- Marshall, B., Cardon, P., Poddar, A. & Fontenot, R., 2013. Does sample size matter in qualitative research: a review of qualitative interviews in is research. *Journal of Computer Information Systems*, 54(1), pp. 11–22.
- Marušič, A. & Zorko, M., 2003. Slovenski samomor skozi prostor in čas. In: Marušič, A. & Roškar, S. eds. *Slovenija s samomorom ali brez*. Ljubljana: Državna založba Slovenije, pp. 10–20.
- McAllister, M., Creedy, D., Moyle, W. & Farrugia, C., 2002. Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *Journal of Advanced Nursing*, 40(5), pp. 578–586.
PMid:12437607
- McDaid, D., Quaglio, G., Correia de Campos, A., Dario, C., Van Woensel, L., Karapiperis, T., et al. 2013. Health protection in times of economic crisis: challenges and opportunities for Europe. *Journal of Public Health Policy*. 34(4), pp. 489-501.
<http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2013.35>
PMid:23986120
- Mesec, B., 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Modesto-Lowe, V., Brooks, D. & Ghani, M., 2006. Alcohol dependence and suicidal behavior: from research to clinical challenges. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), pp. 241–248.
<http://dx.doi.org/10.1080/10673220600975089>
PMid:16990169
- Osafo, J., Knizek, B.L., Akotia, C.S. & Hjelmeland H., 2012. Attitudes of psychologists and nurses toward suicide and suicide prevention in Ghana: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), pp. 691-700.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.010>
PMid:22177569
- Ouzouni, C. & Nakakis, K., 2009. Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool. *Health Science Journal*, 3(4), pp. 222–231. Available at: <http://www.hsj.gr/volume3/issue4/345.pdf> [2. 7. 2014].
- Polit, D.F. & Beck, C.T., 2012. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, pp. 229–232.
- Pompili, M., Vichi, M., Innamorati, M., Lester, D., Yang, B., De Leo D, et al., 2014. Suicide in Italy during a time of economic recession: some recent data related to age and gender based on a nationwide register study. *Health & Social Care in the Community*, 22(4), pp. 361-367.
<http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12086>
PMid:24313850
- Regehr, C., Goldberg, G. & Hughes, J., 2002. Exposure to human tragedy, empathy, and trauma in ambulance paramedics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(4), pp. 505–13.
<http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.72.4.505>
PMid:15792036

- Roškar, S., 2009. Senca na sončni strani Alp. In: Tančič, A., Poštuvan, V. & Roškar, S. eds. *Spregovorimo o samomoru med mladimi*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 17–20.
- Saunders, K.E., Hawton, K., Fortune, S. & Farrell, S., 2012. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), pp. 205–216.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>
PMid:21925740
- Sayumporn, W., Gallagher, S., Brown, P., Evans, J., Flynn, V., & Lopez, V., 2012. The perception of nurses in their management of patients experiencing anxiety. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2(3), pp. 25–45.
<http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v2n3p38>
- Selič, P., 2010. Stres in izgorelosti: kako je mogoče razumeti in uporabiti podatke o izgorelosti na primarni ravni zdravstvenega varstva. In: Bregar, B. & Peterka Novak, J. eds. *Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo. Seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, Ljubljana, 12. november, 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 7–19.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M. & McKee, M., 2009. The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *The Ulster Medical Journal*, 78(3), pp. 142–145.
PMid:19907678; PMCID:PMC2773609
- Sun, F.K., Long, A. & Boore, J., 2007. The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), pp. 255–263.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01479.x>
PMid:17239060
- Sun, F.K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L.I., 2005. Suicide: a literature review and its implications for nursing practice in Taiwan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(4), pp. 447–455.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00863.x>
PMid:16011500
- Suokas, J., Suominen, K. & Lönnqvist, J., 2008. Psychological distress and attitudes of emergency personnel towards suicide attempters. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(2), pp. 144–146.
<http://dx.doi.org/10.1080/08039480801983547>
PMid:18569778
- Suokas, J., Suominen, K. & Lönnqvist, J., 2009. The attitudes of emergency staff toward attempted suicide patients: a comparative study before and after establishment of a psychiatric consultation service. *Crisis*, 30(3), pp. 161–165.
<http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.30.3.161>
PMid:19767272
- Urbanc, M., 2008. Raba utemeljevalne teorije in programa Atlas v geografiji. *Geografski vestnik*, 80(1), pp. 127–137.
- Valetič, Ž., 2009. *Samomor: večplastni fenomen*. Maribor: Ozara Slovenija, p. 30.
- Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, p. 30.
- Vrdelja, M., 2013. *Svetovni dan preprečevanja samomora 2013: Stigma - pomembna ovira pri preprečevanju samomora*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: http://www.ivz.si/Mp.aspx?ni=86&pi=3&3_id=2346&3_PageIndex=0&3_groupId=241&3_newsCategory=&3_action=ShowNewsFull&pl=86-3.0 [9. 7. 2014].
- Weaver, J. & Wright, D., 2009. *Histories of suicide. International Perspectives on Self-Destruction in the Modern World*. Toronto: University of Toronto Press, pp. 4–9.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77.

Cite as/ Citirajte kot:

Rant, B. & Bregar, B., 2014. Understanding the attitudes of paramedics towards suicidal patients. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), 177–194. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.24>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu Elderly users' satisfaction with home nursing care

Danica Železnik, Sanda Rajčić

Ključne besede: medicinska sestra; zdravstvena nega; domače okolje; starostniki; Hrvaška

Key words: nurse; nursing care; home environment; elderly; Croatia

doc. dr. Danica Železnik,
prof. zdr. vzg., spec. gerontol.;
Visoka šola za zdravstvene vede
Slovenj Gradec, Glavni trg 1,
2380 Slovenj Gradec; Alma
Mater Europaea, Evropski
center Maribor, Gosposka ul 1,
2000 Maribor

Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
danica.zeleznik@gmail.com

mag. Sanda Rajčić, dipl. med.
ses.; Univerza Josipa Juraja
Strossmayera v Osijeku,
Medicinska fakulteta Osijek,
Ulica Josipa Huttlera 4, 31000,
Osijek, Hrvaška

Članek je nastal na osnovi
magistrskega dela Sande
Rajčić *Zadovoljstvo korisnika
zdravstvene njege u kući radom
medicinske sestre* (2013).

Prejeto/Received: 19. 3. 2014
Sprejeto/Accepted: 17. 7. 2014

IZVLEČEK

Uvod: Stopnja zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu služi kot pokazatelj subjektivne ocene kakovosti njihove obravnave. Namen članka je prikazati raven zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu.

Metode: Uporabljen je bil kvantitativni raziskovalni pristop. Podatki so bili zbrani z anketiranjem 186 uporabnikov zdravstvene nege na domu v Republiki Hrvaški v občini Osijek z okolico. Instrument raziskave je bil strukturirani vprašalnik, oblikovan za potrebe raziskave. Statistična analiza podatkov je bila opravljena s pomočjo programa SPSS za Windows različica 9.0.

Rezultati: Med uporabniki je bilo najbolj izpostavljeno zadovoljstvo s spoštovanjem diskretnosti in zasebnosti pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege (133 oz. 72,0 % uporabnikov), zadovoljstvo z ljubeznivostjo medicinskih sester in profesionalnim izvajanjem aktivnosti zdravstvene nege (131 oz. 70,0 % uporabnikov). S časom, ki jim je odmerjen za pogovor z medicinsko sestro, je bilo nezadovoljnih 40 (21,5 %) uporabnikov.

Diskusija in zaključek: Izsledki raziskave pokažejo, da so anketiranci z aktivnostmi zdravstvene nege na domu v večini popolnoma zadovoljni, kar lahko kaže na dobro opravljeno delo medicinskih sester ali na bojazen uporabnikov, da bi v primeru izkazovanja nezadovoljstva bila njihova obravnava prekinjena. Najmanj zadovoljni so tisti uporabniki, ki jih medicinska sestra obišče samo dvakrat na teden, opravi zgolj s strani zdravnika predpisano negovalno aktivnost, za pogovor pa ji ne ostane časa, ker je slednji natančno odmerjen. Rezultati raziskave lahko služijo za načrtovanje in reorganizacijo zdravstvene nege na domu ter kot izhodišče novih raziskav.

ABSTRACT

Introduction: The user satisfaction with the home nursing care serves as an indicator of a subjective evaluation of the quality of their treatment. The purpose of this contribution is to show the study of the satisfaction level of home nursing care users.

Methods: A quantitative research approach was used in this study. The data were gathered with a survey that included 186 users of home nursing care in the Osijek municipality in Croatia. A structured questionnaire was formed for the purposes of the research. The data gathered were statistically analysed with the SPSS 9.0 software.

Results: The most emphasised was the users' satisfaction with the respect of discretion and privacy during nursing care activities 133 (72.0 %). Participants were also satisfied with the nurses' kindness and professionalism during nursing care activities 131 (70.0 %), while 40 (21.5 %) participants were discontented with the time they had been given for the communication with their nurse.

Discussion and conclusion: The research shows that participants are satisfied with the majority of home care activities, which may imply that nurses have performed their duties properly or that users are apprehensive that their examination and treatment might be interrupted if they showed any discontent. Users with only 2 visitations per week were the least satisfied with their nurse's activities, because a nurse only performs prescribed activities, and there is usually not enough time for conversation. Results of this research can be used for further planning and reorganisation of home care and they may serve as a solid background for future studies.

Uvod

Zadovoljstvo pacienta je pomemben dejavnik za merjenje kakovosti zdravstvene nege (Han, et al., 2003; Khan, et al., 2007). Prva merjenja zadovoljstva lahko zasledimo v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. V zadnjih dvajsetih letih se je iz prvih poskusov to področje zelo razvilo in postaja vedno bolj pomembno. V Sloveniji je zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene nege nejasno, zelo slabo opredeljeno in slabo raziskano. Zagotovo pa se zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene nege s časom spreminja in postaja vedno bolj transparentno.

Mnenja uporabnikov imajo pozitiven vpliv na dojetje kakovosti zdravstvene nege in zdravstvenih storitev. Kanadska raziskava, izvedena v štirinajstih bolnišnicah v Ontariju, ugotavlja, da je zadovoljstvo s kakovostjo zdravstvene nege pomemben kazalnik kakovosti obravnave uporabnikov. Ugotovili so pomembne povezave med zadovoljstvom z zdravstveno nego, ki so je bili deležni hospitalizirani pacienti, in splošnim zadovoljstvom ter kakovostjo njihove celotne obravnave v zdravstvenem varstvu (Laschinger, et al., 2005).

Po navedbah Jha in sodelavcev (2008) bi samo 53 % pacientov bolnišnico, v kateri so se zdravili, priporočali za zdravljenje tudi drugim; z zdravstveno nego pa je bilo zadovoljnih le 30 % hospitaliziranih pacientov. Zelo nizko zadovoljstvo z zdravstveno nego navaja tudi Kutney-Lee s sodelavci (2009), kjer posebej izpostavljajo, da je zdravstvena nega ključ do zadovoljstva uporabnikov.

Izid zdravstvene obravnave je zagotovo koncept, ki omogoča uvajanje stalnega in celovitega izboljšanja kakovosti zdravstvene nege. Pregled različnih opredelitev koncepta zadovoljstva pacientov pokaže, da se je razumevanje samega pojma v zadnjih desetletjih razvijalo v različnih okoliščinah in za različne namene, zato so nastale tudi različne opredelitve. Nekatere se med seboj dopolnjujejo, druge si tudi nasprotujejo (Možina, 2007). V zdravstvu imamo različne pristope in ogrodja za spremljanje izvajanja zdravstvenih storitev in zadovoljstva pacientov, ki bi jih bilo potrebno poenotiti. Enotno ogrodje namreč omogoča enotna izhodišča za razmišljanje o zdravstveni negi, izobraževanju, delovanju v praksi in raziskovanju. Standardi in kazalniki bi se morali osredotočati predvsem na tri pomembne vidike v izvajanju zdravstvene nege: učinkovitost, uspešnost in kakovost, pri čemer so si raziskovalci zelo enotni (Helfert, 2009).

Uporabniki zdravstvene nege se vse bolj zavedajo svojih pravic in zahtevajo višjo kakovost obravnave na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Za učinkovito in kakovostno zdravstveno nego so potrebne smernice in usmeritve, ki morajo biti usklajene na nacionalnem nivoju in mednarodno primerljive. Raziskovalci so si v veliki večini enotni,

da so uporabnikova pričakovanja in njegove osebne karakteristike izjemno pomembni dejavniki za ocenjevanje stopnje zadovoljstva z zdravstveno nego. Biering in sodelavci (2006) ugotavljajo, da je koncept zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege težko opredeliti zaradi njenega večdimenzionalnega področja in subjektivnega značaja zadovoljstva. Kot navajata Davis in Bush (2003), na stopnjo zadovoljstva z zdravstveno nego pomembno vplivajo pričakovanja uporabnika, demografske značilnosti in sama narava bolezni, vendar demografske značilnosti v raziskavi Han in sodelavci (2003) niso pokazale statistično pomembnega vpliva na stopnjo zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege.

Liu in Wang (2007) v izsledkih raziskave, izvedene na vzorcu 320 pacientov učne bolnišnice na Kitajskem, navajata relativno visok nivo zadovoljstva pacientov z zdravstveno nego. Različne raziskave so pokazale, da se zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene nege ne nanaša samo na pričakovanja glede poklicne usposobljenosti in znanja medicinskih sester, temveč tudi na komunikacijo, medosebne odnose in pričakovanja glede čustvene in fizične podpore, zato je za ugotavljanje zadovoljstva potrebno uporabiti standardizirane vprašalnike (Ozsoy, et al., 2007). Zadovoljstvo pacienta z njegovo obravnavo je eden izmed pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na njegovo zdravje, do katerega ima pravico (Mpinga & Chastonay, 2011).

Izsledki raziskave (Ahmad & Alasad, 2004), opravljene na kirurških oddelkih, kažejo, da so z zdravstveno nego veliko bolj zadovoljne ženske kot moški in da so z zdravstveno nego manj zadovoljni pacienti z višjo izobrazbo. Chan in Cau (2005) na osnovi svoje raziskave navajata, da so pri triažiranju z obravnavo bolj zadovoljni starejši uporabniki zdravstvene nege kot mlajši in da izobrazba ter izkušnje medicinskih sester ne kažejo statistično pomembne povezave s stopnjo zadovoljstva uporabnikov njihovih storitev. Rezultati nekaterih raziskav govorijo o tem, da uporabniki zdravstvene nege posebej izpostavljajo zadovoljstvo z izvedbo negovalnih aktivnosti in spretnosti medicinskih sester (Merkouris, et al., 2004).

Medicinske sestre v komunikaciji s pacienti zagotavljajo informacije s področja njihovega obsega skrbi za paciente, zato se pogosto ugotavlja zadovoljstvo s komunikacijo medicinskih sester, saj je le-ta najpomembnejši del zdravstvene nege, ki omogoča razvoj pozitivnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom, kar je bistvenega pomena za kakovost zdravstvene nege (McCabe, 2004). V komunikacijo medicinska sestra vključuje tudi družinske člane pacienta in družbo. Na ta način spodbuja blaginjo skupnosti in družinskih razmerij ter deluje v skladu s svojo vestjo. Torej je za doseganje zastavljenih ciljev iz načrta zdravstvene nege potrebno aktivno vključevanje pacienta v sprejemanje odločitev in vrednotenje dela medicinske sestre skozi zadovoljstvo uporabnika. Tudi

ocenjevanje zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu služi kot eden izmed subjektivnih pokazateljev kakovostne zdravstvene nege, saj pomembno vpliva na njihovo zdravstveno stanje, terapijske izide ter uporabo drugih zdravstvenih storitev (Fentonn, et al., 2012).

V članku bomo predstavili zadovoljstvo uporabnikov z zdravstveno nego na domu na Hrvaškem, kjer je v primerjavi s Slovenijo le-ta organizirana nekoliko drugače. Predlog za izvedbo zdravstvene nege pri uporabniku izda izbrani zdravnik na predpisanem obrazcu na podlagi pregleda dokumentacije in osebnega pregleda uporabnika. Zdravnik tudi določi eno izmed štirih stopenj zahtevnosti zdravstvene nege. V skladu z določbami Pravilnika o pogojih in načinu uveljavljanja pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja do zdravstvene nege na domu se slednja lahko predpiše največ petkrat do sedemkrat na teden skozi obdobje tridesetih dni. V obrazložitvi predloga za izvajanje zdravstvene nege na domu izbrani zdravnik predlaga tudi aktivnosti, ki jih medicinska sestra na domu izvede. Dokončno odobritev za izvajanje zdravstvene nege na domu v skladu s predlogom izbranega zdravnika daje zdravniška komisija regionalnega urada Zavoda za zdravstveno zavarovanje (Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osebe, 2007). Pravilnik nadalje določa, da je zavarovana oseba upravičena do zdravstvene nege na domu, če je nepomična ali težko pomična in za premikanje potrebuje pomoč druge osebe ali uporablja pripomočke za mobilnost; če ima kronično bolezen v fazi poslabšanja ali zapletov, in sicer pod pogojem, da izbrani zdravnik hkrati izvaja zdravljenje na domu in predpiše tudi zdravstveno nego na domu; v primeru prehodnih ali trajnih zdravstvenih stanj, pri katerih ni mogoča skrb zase; po operativnih posegih, ki zahtevajo preveze in oskrbo ran ter skrb za stomo in ko je uporabnik v terminalni fazi bolezni. Kriteriji za upravičenost do zdravstvene nege na domu vključujejo tudi natančno odmerjen čas obiska medicinske sestre. Trideset minut je odmerjenih za zdravstveno nego na domu pri uporabniku, ki ga je izbrani zdravnik razvrstil po stopnji zahtevnosti zdravstvene nege v Nego 1, 60 minut za stopnjo zahtevnosti Nega 2, 120 minut za stopnjo zahtevnosti Nega 3 in 180 minut za stopnjo zahtevnosti Nega 4, ali če je uporabnik v terminalnem stadiju bolezni.

Medicinske sestre na Hrvaškem, ki obravnavajo starejše ljudi na njihovih domovih, so izključno zasebnice s koncesijo s točno določenimi aktivnostmi zdravstvene nege, medtem ko imajo patronažne medicinske sestre poleg svojih določenih aktivnosti zdravstvene nege in kompetenc tudi obveznost, da enkrat na štirinajst dni izvedejo vrednotenje dela svojih kolegic, zasebnic koncesionark na terenu, ki izvajajo kurativno dejavnost in zanjo potrebujejo delovni nalog osebne izbranega zdravnika. Na

podlagi vrednotenja njihovega dela napišejo poročilo, ki ga skupaj s strokovnim mnenjem, ali je obisk pri uporabniku zdravstvene nege na domu še potreben, predložijo izbranemu zdravniku. Navedeno pomeni, da patronažne medicinske sestre izvajajo nadzor nad medicinskimi sestrami koncesionarkami.

Namen in cilj

Namen raziskave je bil pridobiti mnenja uporabnikov zdravstvene nege na domu o zadovoljstvu z njihovo obravnavo s strani medicinskih sester. Cilj je bil ugotoviti, kakšno je zadovoljstvo z zdravstveno nego glede na demografske podatke in kakšno je zadovoljstvo glede na zdravstveno stanje, predpisano stopnjo zdravstvene nege in komunikacijo. Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji:

RV1: Kakšno je zadovoljstvo uporabnikov z zdravstveno nego na domu glede na demografske dejavnike, kot so spol, starost, zakonski stan in izobrazba?

RV2: Kakšno je zadovoljstvo uporabnikov z zdravstveno nego na domu glede na zdravstveno stanje uporabnika, predpisano stopnjo zdravstvene nege in pripravljenostjo medicinskih sester za komunikacijo?

Metode

Izbrana je neeksperimentalna kvantitativna raziskovalna metodologija. Raziskava je zasnovana s priložnostnim vzorčenjem, podatki so bili zbrani z anketiranjem.

Opis instrumenta

Kot merski instrument raziskave za ugotavljanje zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu je bil uporabljen vprašalnik, oblikovan na podlagi študija literature za potrebe raziskave. Najprej smo vprašalnik pilotsko testirali na manjšem vzorcu treh uporabnikov zdravstvene nege na domu v Osijeku. Po pilotskem testiranju vprašalnika smo glede na pripombe anketirancev prilagodili nekatera vprašanja in na ta način izboljšali razumljivost vprašalnika, saj je zelo pomembno, da je merski instrument smiseln na način, da zajame vse attribute, ki jih želimo izmeriti oziroma testirati (Lucke, 2005; Neuman, 2011).

Končni vprašalnik je bil sestavljen iz dveh delov. Začetni del je spraševal o demografskih podatkih, zaobjemal je vprašanja, na katera so anketiranci odgovarjali tako, da so obkrožili vnaprej pripravljene odgovore in vpisovali iskane podatke. Drugi del vprašalnika so sestavljale trditve o zadovoljstvu oz. nezadovoljstvu uporabnikov zdravstvene nege z njihovo obravnavo s strani medicinskih sester. Anketiranci so odgovore vrednotili z oceno po Likertovi lestvici od 1 (zelo nezadovoljen) do 5 (zelo zadovoljen). Vsaka izjava je vsebovala samo

eno trditev, do katere je bilo treba zavzeti stališče. Lestvica je bila razložena. Izjave so bile nedvoumne, jasne in nesugestivne. Lestvica je bila sestavljena iz enakega števila stopenj strinjanja in nestrinjanja na vsaki strani nevtralne izbire. Zanesljivost merskega inštrumenta smo preverili s pomočjo koeficienta Cronbach alfa, ki je zajel 17 vprašanj, in je znašal 0,834.

Opis vzorca

Izbran je bil neslučajnostni, priročni vzorec, z najdosegljivejšimi člani populacije (uporabniki zdravstvene nege na domu v občini Osijek in okoliških vaseh, ki so v pristojnosti Zdravstvenega doma Osijek), kar pomeni vzorec uporabnikov po presoji medicinskih sester, za katere so le-te predpostavljale, da so dober vir iskanih informacij. Razdeljenih je bilo 200 vprašalnikov, od tega smo prejeli 186 ustrezno izpolnjenih, kar predstavlja 93 % v raziskavo zajetih anketirancev.

V raziskavi je sodelovalo 186 udeležencev, od tega 60 (32,3 %) moških in 126 (67,7 %) žensk. Po izhodiščnem štiristopenjskem starostnem vzorcu (20–40 let, 41–65 let, 66–80 let in 81 let in več) je največji delež anketirancev predstavljal starostna skupina 66–80 let (97 oz. 52,2 %), med njimi 36 moških in 61 žensk. Zaključeno osnovno šolo je imelo 75 (40,3 %) anketirancev, med njimi več žensk (59 oz. 46,8 %) ($\chi^2 = 24,176, p < 0,001$). Od skupno 94 (50,5 %) ovdovelih je

83 (65,9 %) žensk ($\chi^2 = 40,253, p < 0,001$) (Tabela 1).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje strokovnega sveta Zdravstvenega doma Osijek. Vsi udeleženci v raziskavi so bili s strani patronažnih medicinskih sester predhodno seznanjeni z namenom in vsebino raziskave. Vsem udeležencem je bila podana informacija, da je sodelovanje prostovoljno in da ga lahko prekinajo tudi kadarkoli med samo raziskavo. Pridobili smo soglasje vseh sodelujočih. Izpolnjevanje vprašalnika je potekalo povprečno 20 minut. Pri vseh postopkih izvedbe raziskave je bila zagotovljena anonimnost. Raziskava je potekala od februarja 2013 do konca junija 2013. Pri obdelavi podatkov smo normalno porazdelitev opazovanih numeričnih spremenljivk testirali s pomočjo Kolmogorov-Smirnovskega testa. Kategorične spremenljivke smo opisali kot absolutne in relativne frekvence. Srednje vrednosti kontinuiranih spremenljivk so izražene z mediano in interkvartilnim razponom. Za raziskovanje razlik med dvema neodvisnima skupinama znotraj ene meritve je uporabljen Mann-Whitneyev test, za tri ali več pa Kruskal-Wallisov test. Razlike med kategoričnimi spremenljivkami smo testirali s testom χ^2 . Statistična analiza je bila opravljena s pomočjo programa SPSS za Windows (različica 9.0, Carry, NewYork, ZDA) s stopnjo pomembnosti $p = 0,05$.

Tabela 1: Opis vzorca
Table 1: Sample description

Značilnosti/ General demographics	Spol/Gender		Skupaj/Total n (%)	χ^2 (p)
	Moški/Male n (%)	Ženske/Female n (%)		
Starost v letih				
20–40	2 (3,3)	2 (1,6)	4 (2,2)	
41–65	6 (10)	18 (14,3)	24 (12,9)	3,216
66–80	36 (60)	61 (48,4)	97 (52,2)	(0,360)
≥ 81	16 (26,7)	45 (35,7)	61 (32,8)	
Izobrazba				
nezaključena osnovna šola	11 (18,3)	34 (27)	45 (24,2)	
osnovna šola	16 (26,7)	59 (46,8)	75 (40,3)	
srednja šola	24 (40)	32 (25,4)	56 (30,1)	24,176
višja šola	6 (10)	0 (0)	6 (3,2)	(< 0,001)
fakulteta	3 (5)	1 (0,8)	4 (2,2)	
Zakonski stan				
samski	4 (6,7)	9 (7,1)	13 (7)	
poročeni	41 (68,3)	31 (24,6)	72 (38,7)	40,253
ločeni	4 (6,7)	3 (2,4)	7 (3,8)	(< 0,001)
ovdoveli	11 (18,3)	83 (65,9)	94 (50,5)	
Skupaj	60 (100)	126 (100)	186 (100)	/

Legenda/Legend: χ^2 – vrednost testa hi-kvadrat/value of chi-square test; n – število/number; % – odstotek/percentage; p – statistična značilnost/statistical significance

Rezultati

Pomičnih je bilo 88 (47,3 %) udeležencev, 22 (36,7 %) moških in 66 (52,4 %) žensk, nepomičnih je bilo 98 (52,7 %) udeležencev, 38 (63,3 %) moških in 60 (47,6 %) žensk. En obisk na teden je imelo 56 (30,1 %) udeležencev, pet obiskov na teden 60 (32,3 %) udeležencev (Tabela 2).

Anketiranci so bili najbolj zadovoljni (133 oz. 72 %) s spoštovanjem diskretnosti in zasebnosti pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege, sledi prijaznost medicinskih sester in strokovna izvedba negovalnih aktivnosti (131 oz. 70 %). Zadovoljstvo z aktivnostmi, ki jih medicinske sestre izvedejo neposredno pred njihovo obravnavo (odstranitev nakita in ure, higienizacija rok, zaščitno oblačilo), je izrazilo 120 (65 %) anketirancev. Anketiranci

(32 oz. 17 %) niso zadovoljni s časom, ki jim ga namenijo medicinska sestra v smislu poučevanja za čim višjo stopnjo njihove neodvisnosti in promocije zdravja.

Mediana je na lestvici zadovoljstva znašala 4,4 (interkvartilni razpon 3,3–5,0), kar predstavlja nadpovprečno zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene nege z delom medicinskih sester. Bistvene razlike v oceni zadovoljstva po spolu ($Z = 0,437$, $p = 0,636$) in starosti (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 7,392$, $p = 0,060$) ni bilo (Tabela 3).

Po zakonskem stanu so največje zadovoljstvo s storitvami izrazili anketiranci, ki živijo ločeno (mediana 4,7; interkvartilni razpon 4,6–5,0), najmanjše zadovoljstvo pa anketiranci, ki živijo sami (mediana 3,7; interkvartilni razpon 2,8–5,0). Razlika v zadovoljstvu po zakonskem stanu ni bila statistično pomembna

Tabela 2: Porazdelitev udeležencev po mobilnosti in številu obiskov medicinskih sester na teden, primerjava po spolu
Table 2: Mobility and number of nursing staff visits, arranged by gender

Značilnosti/ Specific characteristics	Spol/Gender		Skupaj/Total n (%)	χ^2 (p)
	Moški/Male n (%)	Ženske/Female n (%)		
Mobilnost				
pomični	22 (36,7)	66 (52,4)	88 (47,3)	3,026 (0,059)
nepomični	38 (63,3)	60 (47,6)	98 (52,7)	
Število tedenskih obiskov medicinske sestre				
eden	16 (26,7)	40 (31,7)	56 (30,1)	0,620 (0,961)
dva	8 (13,3)	17 (13,5)	25 (13,4)	
trije	14 (23,3)	25 (19,8)	39 (21,0)	
štirje	2 (3,3)	4 (3,2)	6 (3,2)	
pet	20 (33,3)	40 (31,7)	60 (32,3)	
Skupaj	60 (100)	126 (100)	186 (100)	/

Legenda/Legend: χ^2 – vrednost testa hi-kvadrat/value of chi-square test; n – število/number, % – odstotek/percentage; p – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 3: Zadovoljstvo uporabnikov storitev na domu z delom medicinske sestre po spolu in starosti
Table 3: Clients' evaluation of nursing staff home services, arranged by gender and age

Značilnosti/ General demographics	M (kvartil 25–75 %)/ (Quartile 25–75 %)	p
Spol		
moški	4,4 (3,2–4,9)	$Z = 0,473$ $p = 0,636$
ženske	4,5 (3,3–5,0)	
Starost		
20–40	4,9 (4,6–5,0)	$\chi^2 = 7,392$ $p = 0,060$
41–65	4,7 (3,9–5,0)	
66–80	4,5 (3,3–5,0)	
≥ 81	4,0 (3,1–4,8)	

Legenda/Legend: M – mediana/median; Z – vrednost Mann-Whitneyevega testa/Mann-Whitney Z value; χ^2 – vrednost Kruskal-Wallisovega testa/Kruskal-Wallis chi-square value; p – statistična značilnost/statistical significance

(Kruskal-Wallis $\chi^2 = 3,001$, $p = 0,392$).

Pri zadovoljstvu s storitvami glede na stopnjo izobrazbe so znašale vrednosti median med 4,2 in 4,6, najnižja mediana je bila izračunana pri anketirancih s fakultetno izobrazbo. Po izobrazbi ni bilo statistično pomembne razlike v zadovoljstvu (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 2,991$, $p = 0,559$). Podrobni rezultati so prikazani v Tabeli 4.

S storitvami glede na mobilnost so bili bolj zadovoljni nepomični kot pomični anketiranci (mediana 4,6; interkvartilni razpon 3,4–5,0), vendar razlika ni bila statistično pomembna ($Z = 0,865$, $p = 0,387$).

Zadovoljstvo s storitvami glede na število tedenskih obiskov medicinske sestre je bilo največje pri anketirancih, ki so bili deležni petih obiskov (mediana 4,7; interkvartilni razpon 4,0–5,0) in najmanjše pri anketirancih, ki so bili deležni dveh tedenskih obiskov (mediana 3,3; interkvartilni razpon 2,8–4,6). Razlika v zadovoljstvu anketirancev glede na število tedenskih obiskov medicinske sestre je bila statistično pomembna (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 15,800$, $p = 0,003$).

Tabela 4: Zadovoljstvo uporabnikov storitev na domu z delom medicinske sestre po zakonskem stanu in izobrazbi

Table 4: Clients' evaluation of nursing staff home services, arranged by marital status and education

Značilnosti/ General demographics	M (kvartil 25–75 %)/ (Quartile 25–75 %)	χ^2 (p)
Zakonski stan		
samski	3,7 (2,8–5,0)	3,001 (0,392)
poročeni	4,4 (3,5–4,9)	
ločeni	4,7 (4,6–5,0)	
ovdoveli	4,5 (3,3–5,0)	
Izobrazba		
nedokončana osnovna šola	4,6 (3,3–5,0)	2,991 (0,559)
osnovna šola	4,3 (3,3–5,0)	
srednja šola	4,6 (3,4–4,9)	
višja šola	4,3 (3,4–4,5)	
fakulteta	4,2 (2,9–4,4)	

Legenda/Legend: M – mediana/median; χ^2 – vrednost Kruskal-Wallisovega testa/Kruskal-Wallis chi-square value; p – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 5: Zadovoljstvo uporabnikov storitev na domu z delom medicinske sestre po mobilnosti, številu obiskov medicinskih sester na teden in času za razgovor

Table 5: Clients' evaluation of nursing staff home services, arranged by mobility, number of nursing staff visits and communication time

Značilnosti/ Specific characteristics	M (kvartil 25%–75%)/ (Quartile 25–75 %)	p
Mobilnost		
pomični	4,4 (3,1–4,9)	Z = 0,865
nepomični	4,6 (3,4–5,0)	p = 0,387
Število tedenskih obiskov medicinske sestre		
eden	4,3 (2,8–5,0)	$\chi^2 = 15,800$ p = 0,003
dva	3,3 (2,8–4,6)	
trije	4,5 (3,7–4,8)	
štirje	4,1 (3,3–5,0)	
pet	4,7 (4,0–5,0)	
Čas za razgovor po opravljenem postopku zdravstvene nege		
ni bilo časa za razgovor	2,9 (2,3–3,6)	$\chi^2 = 21,192$ < 0,001
manj kot 10 minut	4,3 (3,3–4,7)	
10 minut	4,9 (4,5–5,0)	
več kot 10 minut	4,9 (4,5–5,0)	

Legenda/Legend: M – mediana/median; Z – vrednost Mann-Whitneyevega testa/Mann-Whitney Z value; χ^2 – vrednost Kruskal-Wallisovega testa/Kruskal-Wallis chi-square value; p – statistična značilnost/statistical significance

Tabela 6: Zadovoljstvo uporabnikov storitev zdravstvene nege na domu

Table 6: Users satisfaction of nursing at home

Mnenja/Opinions	n = 186	%
Zadovoljni s storitvami zdravstvene nege na domu	96	51,6
Več časa za pogovor	40	21,5
Več obiskov na teden	25	13,4
Več masaž	11	5,9
Preobremenjenost medicinskih sester (preveliko število uporabnikov storitev)	7	3,8
Medicinska sestra potrebuje več časa za izboljšanje higienskih pogojev	7	3,8

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

Več časa so medicinske sestre namenile za razgovor po opravljenem postopku, večje je bilo zadovoljstvo anketirancev. V primeru razgovora nad 10 minut je mediana znašala 4,9 (interkvartilni razpon 4,5–5,0), v primeru, da razgovora ni bilo, je mediana znašala 2,9 (interkvartilni razpon 2,3–3,6). Razlika v zadovoljstvu glede na čas razgovora se je pokazala kot statistično pomembna (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 21,192$, $p < 0,001$). Podrobni rezultati so prikazani v Tabeli 5.

Povsem zadovoljnih s storitvami zdravstvene nege na domu je bilo 96 (51,6 %) anketirancev, več časa za pogovor si želi 40 (21,5 %) anketirancev, več obiskov na teden 25 (13,4 %) in več masaž 11 (5,9 %). Preobremenjenost medicinske sestre zaradi prevelikega števila pacientov izpostavlja 7 (3,8 %), enako število anketirancev meni, da medicinska sestra potrebuje več časa za pripravo in izvedbo aktivnosti za izboljšanje higienskih pogojev 7 (3,8 %) (Tabela 6).

Diskusija

V Sloveniji prevladuje koncesijska oblika privatiziranega izvajanja javne službe (Poredoš, 2005) na podlagi pooblastila koncedenta, kjer je bistveno, da javni in zasebni sistem zdravstvenega varstva nista izključujoča, temveč dopolnjujoča se sistema, namenjena zagotavljanju storitev vsem prebivalcem v slovenskem prostoru. Slovenija ima zelo široko obvezno zdravstveno zavarovanje; to je naša razvojna prednost, tudi v primerjavi z razvitimi evropskimi državami (Česen, 2003).

Na Hrvaškem skrb za človeka, ki živi v domačem okolju, poteka drugače kot v Sloveniji, saj za njih skrbijo in pri tem tudi prevladujejo medicinske sestre zasebnice s koncesijo, ki obravnavajo izključno posameznika in ne družine v celoti. V Sloveniji imamo patronažno zdravstveno nego, ki jo lahko opravlja medicinska sestra z višješolsko ali visokošolsko strokovno izobrazbo kot samostojno dejavnost (koncesija), vendar je vključena v mrežo javnega

zdravstva. V tem primeru mora prevzeti vsa področja delovanja, to je zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti, zdravstveno nego otročnice in novorojenčka na domu in zdravstveno nego bolnika na domu. Aktivnosti medicinske sestre v patronažnem varstvu v skupnosti so na primarni, sekundarni in terciarni preventivi. Vključujejo pospeševanje, ohranjanje in krepitev zdravja posameznika, družine in skupnosti, preprečevanje bolezni in dejavnikov tveganja, podaljševanje življenja in dvigovanje kakovosti življenja, pa tudi povrnitev zdravja (Šušteršič, 2006).

V nekaterih drugih državah, kot na primer v Avstraliji s sistemom Australia's Medicare, je dostop do potrebnih storitev sistemsko zagotovljen vsem ljudem. Največ storitev je prav na področju zdravstvene nege, ki jo potrebujejo starejši na svojih domovih, ob čemer Keleher (2003) navaja nenehne pritiske za večjo privatizacijo teh storitev. Pritiski povzročajo napetosti, dostop do storitev pa je še dodatno ogrožen zaradi pomanjkanja medicinskih sester, njihovih sodelavcev, asistentov in zdravnikov.

Iz rezultatov naše raziskave je razvidno, da je več kot polovica anketirancev povsem zadovoljnih s storitvami zdravstvene nege na domu, večje zadovoljstvo izkazujejo nepomični anketiranci, kar je na neki način pričakovano in kaže na dobro opravljeno delo medicinskih sester ali pa morebiti na bojazen uporabnikov, da bi v primeru izkazovanja nezadovoljstva bila njihova obravnava prekinjena. Strah pred prekinjeno obravnavo in osamljenostjo dobi obliko strahu pred izgubo tega, kar posameznik ima, ali tistega, kar bi lahko imel, če bi šlo vse po sreči. Tako je za vsakega človeka, ki živi v domačem okolju in izraža potrebe po zdravstvenih storitvah, potrebno poskrbeti na tak način, da se mu omogoča dostopnost do storitev in pri tem upoštava načelo pravičnosti, saj si, kot navaja Železnik (2007), večina starejših ljudi želi živeti v domačem okolju čim dalj časa.

Na osnovi analize rezultatov ugotovimo, kako pomembna je vloga medicinske sestre pri obravnavi pacientov, ki živijo v domačem okolju. Zadovoljstvo s storitvami glede na število tedenskih obiskov medicinske sestre je bilo največje pri anketirancih, ki so bili deležni petih obiskov, najmanjše pa pri anketirancih, ki so bili deležni dveh tedenskih obiskov, kar je prav tako pričakovana ugotovitev. Razlika v zadovoljstvu anketirancev glede na število tedenskih obiskov medicinske sestre je bila statistično pomembna, rezultati govorijo o tem, da si uporabniki storitev zdravstvene nege želijo več obiskov medicinskih sester in več pogovora z njimi. Zaradi številnih težav, ki se pojavljajo v starosti, kot so nemobilnost, različne kronične bolezni, izguba dragih ljudi, upad fizičnih in mentalnih sposobnosti ter nižji prihodki, si stari ljudje, kot navajajo tudi nekatere druge raziskave, želijo prav obiskov medicinskih sester in pogovora z njimi. Ljudje, ki potrebujejo zdravstveno nego, so pogosto tudi zelo

osamljeni in si, kot navajata Fokkema in Knipscheer (2007), zato želijo družbe medicinskih sester. Želijo si, da jih medicinske sestre poslušajo in jim svetujejo (McCabe, 2004; McAdam & Wright, 2005; Ljubičić, 2006; Železnik, 2007).

Ne glede na dejstvo, da so uporabniki v Osijeku in okolici deležni obiskov medicinskih sester, ki jih predpiše zdravnik, so s pogostostjo obiskov in časom, ki je medicinskim sestram odmerjen, zelo nezadovoljni tisti, ki imajo obisk predpisan enkrat ali dvakrat na teden. Želijo si, da bi jim medicinska sestra lahko posvetila več časa, kar govori o tem, da je osamljenost negativni del kakovosti življenja ljudi in tako predstavlja subjektivno percepcijo oziroma izkušnjo, povezano z neizpolnjenimi družbenimi potrebami. Čas je namreč pomemben dejavnik v izvajanju zdravstvene nege in je omejen v upoštevanju želja pacientov za njihovo poslušanje. McGarry (2009) je v svoji raziskavi ugotovil, da čas kot pojem pacientu pomeni biti pomemben, doživeti pozornost s strani patronažne medicinske sestre, saj slednje pogosto predstavljajo edino vez med ljudmi, ki živijo pogosto zelo osamljeni na svojih domovih, in zdravstvenimi službami (Jorm, et al., 2010). Drugačni so izsledki raziskave iz bolnišničnega okolja, ki kažejo, da si pacienti sicer želijo, da bi medicinska sestra več časa preživela z njimi, vendar se bojijo, da bi na tak način zanemarjala »svoje delo« (McCabe, 2004). Najpogosteje so pacienti nezadovoljni, če se jih ne posluša, se jim nameni premalo časa, se jih ne pusti do besede, se jim ne posreduje izida zdravstvene oskrbe ali se jim ne posreduje dovolj informacij in napotkov. Gorenak in Goričan (2011) sta proučevali dejavnike, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, in navajata, da je zadovoljstvo pacientov občutno večje, če začutijo, da jim zdravstveno osebje prisluhne, da jim je v oporo pri premagovanju njihovih zdravstvenih težav ter da z njimi ustrezno oziroma razumljivo komunicira. Najpomembnejša dejavnika, ki vplivata na zadovoljstvo pacientov, sta po njihovih navedbah nedvomno komunikacija in odnos zdravnikov.

Kot navaja Poredoš (2005), ima v Sloveniji zasebnik natančno opredeljeno količino storitev, ki jih lahko opravi z razpoložljivimi sredstvi. Povečevanje obsega dela in preseganje programa pri zasebniku praktično ni možno, ker bi to ogrozilo njegovo preživetje. Pričujoča raziskava zadovoljstva pri uporabnikih zdravstvene nege na domu izpostavlja prav nezadovoljstvo z odmerjenim časom, kar bi lahko primerjali z opredeljeno količino storitev. Tudi razlika v zadovoljstvu glede na čas razgovora se je pokazala kot statistično pomembna. Več časa so medicinske sestre namenile za razgovor po opravljenem postopku, večje je bilo zadovoljstvo anketirancev.

Pri proučevanju zadovoljstva v zdravstvu ugotavljamo, da uporabniki poleg ozdravitve pričakujejo tudi ustrezen odnos in čas, ki jim ga zdravstveni delavci namenijo (Goričan, 2009). Dejstvo je, da je vloga

patronažnega varstva izjemno pomembna in še kako aktualna, saj se razsežnosti vsesplošne krize in posledično slabšanje socialnih razmer najpogosteje opazijo šele za zaprtimi vrati domov, kamor vstopa patronažna medicinska sestra (Saucier Lundy & Janes, 2009).

Zdravstvena nega pacienta na domu je načrtovana in izvajana na osnovi naročila, praviloma naročila izbranega zdravnika. Pri odločanju o prioriteti reševanja negovalnih problemov in posledično pogostosti obiskov mora medicinska sestra pridobiti še višjo stopnjo samostojnosti, saj je za to kompetentna. To bo zagotovo pomenilo večjo kakovost nasploh in kakovost izvajanih storitev, ki bi ji sledila tudi stroškovna učinkovitost. Pogostost obiskov in trajanje zdravstvene nege je odvisno tudi od zdravstvenega stanja pacienta in njegovih socialno-ekonomskih zmožnosti. In kot navaja Skela-Savič (2002), je stopnja zadovoljstva odvisna tudi od zdravstvenega stanja pacienta, saj nanjo vpliva neugoden potek bolezni oziroma slabo odzivanje bolezni na zdravljenje. Zavedati se moramo, da so potrebe po zdravstvenih storitvah pri starostnikih drugačne kot pri ostali populaciji.

V Sloveniji je nosilka zdravstvene nege v patronažnem varstvu diplomirana medicinska sestra, ki aktivnosti zdravstvene nege lahko opravlja kot samostojno dejavnost (koncesija), vendar je vključena v mrežo javnega zdravstva. Tudi kot koncesionarka mora prevzeti vsa področja delovanja (Železnik, et al., 2011).

Po mnenju Kersnik (2003), ugotavljanje zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev velja za specifično področje, ki do nedavnega ni bilo velikokrat omenjeno, vendar predstavlja pomemben element zagotavljanja kakovosti, ki posledično vpliva na poslovne rezultate organizacije (obisk, pritožbe, tožbe), predstavlja vir konkurenčne prednosti in predvsem vpliva tudi na boljše klinične izide. Možina (2007) navaja, da merjenje zadovoljstva postaja eden izmed temeljnih gradnikov sistema razvijanja in presojanja kakovosti. Rezultate, ki jih pridobimo, lahko uporabimo za oceno dela zaposlenih. Raziskav o zadovoljstvu posameznikov organizacije ne opravljajo sistematično zaradi časovnih omejitev, pomanjkanja sredstev in usposobljenih ljudi.

Vedno večja osveščenost ter zahteve uporabnikov zdravstvenih storitev vodijo k večji odzivnosti izvajalcev zdravstvenih storitev, hkrati pa se s tem višajo tudi pričakovanja uporabnikov. Uspešnost zdravljenja, zdravstvene nege in rehabilitacije je odvisna od sposobnosti, znanja, veščin in motiviranosti zdravstvenega osebja ter njihovega vzajemnega odnosa s pacienti in njihovimi svojci ter z okoljem, kjer živijo in delajo (Retelj & Simčič, 2005). Zdravstvena nega medosebne aktivnosti izvaja skozi interakcije, v katerih je medicinska sestra sposobna prepoznati uporabnika njenih storitev kot osebo, ki bo sposobna razumeti in bo imela željo po spremembi zdravljenja (Millard, et al., 2006).

Zadovoljstvo s storitvijo različni avtorji (Kersnik, 2003; Česen, 2003; Gazvoda, 2004; Tomšič, et al., 2004; Suhonen, et al., 2005) različno opredeljujejo. Pri tem gre za dožemanje lastne izkušnje z zdravstveno obravnavo. Pogovor z uporabnikom lahko opredelimo kot bistveni del nudenja zdravstvene oskrbe, ki je temeljno orodje nudenja kakovostne zdravstvene obravnave (Latkovič, 2002; Rungapadiachy, 2003; Česen, 2003). Tomšič in sodelavci (2004) navajajo, da je zadovoljstvo v veliki meri pogojeno z učinkovitostjo in uspešnostjo izvajanja postopkov in ga lahko opredelimo kot skladnost med pričakovanji pacienta glede zdravstvene obravnave ter resničnostjo, ki jo le-ta doživlja (zadovoljstvo ali nezadovoljstvo z zdravstvenim izidom, medosebni odnosi z izvajalci zdravstvenih storitev, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s celotnim sistemom zdravstvenega varstva). Uporabniki storitev ocenjujejo po tehnični plati (dejanski rezultat storitve – ali je poseg uspešen) in funkcionalni kakovosti (način izvedbe storitve – ali je zdravstveni delavec izražal skrb), in kot navaja Kotler (2004), svoja pričakovanja oblikujejo na podlagi preteklih izkušenj, priporočil in oglasov.

Zadovoljstvo je sestavljeno iz kognitivnih ocen in čustvenih reakcij na sestavne dele izvajanja storitev. Kot tako predstavlja subjektivno percepcijo posameznika, ki je tesno povezana z njegovimi pričakovanji. Mnogi pacienti imajo nizka pričakovanja, zato bodo pogosto izjavili, da so z njihovo obravnavo s strani medicinskih sester zadovoljni, medtem ko je sistematično merjenje njihovih izkušenj, ki se nanašajo npr. na izbor, spoštovanje in informacije, občutljiv kazalnik krepitve vloge pacientov (Coulter, 2002). Zato po navedbah Suhonen in sodelavcev (2005) obstaja vse večje strinjanje različnih avtorjev o tem, da so informacije kakovostnejše, če so pacienti povprašani o izkušnjah z njihovo obravnavo in ne o zadovoljstvu s slednjo. Poglavitni cilj zdravstvene nege na domu je vzpodbujati in razvijati samooskrbo ali skrb zase in zagotavljati pogoje, da posameznik, družina in skupnost ohranjajo zdravje in zmanjšujejo možnosti za poslabšanje bolezni. Le na ta način lahko uporabnik kljub starosti, bolezni ali onemoglosti čim dlje ostane v domačem okolju (Završ Džananović, 2010).

Uporabniki zdravstvene nege na domu so običajno zadovoljni z njihovo obravnavo takrat, kadar jim daje tisto, kar pričakujejo in želijo, zato njihovo zadovoljstvo ali nezadovoljstvo lahko uporabimo kot enega izmed kazalnikov kakovosti dela medicinskih sester. Vemo, da so uporabniki zdravstvene nege na domu laiki, zato strokovne obravnave ne morejo ocenjevati, a so kljub temu strokovnost medicinskih sester v raziskavi ocenjevali po lastni presoji in jo ocenili kot zelo dobro, skoraj odlično. Pojavijo se vprašanja o tem, kaj jih je pri podajanju takšne ocene vodilo.

Raziskav, ki bi spremljale zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene nege na domu, je tako v slovenskem kakor v hrvaškem prostoru malo. Ugotovitev ne

moremo posploševati, kajti zajeli smo le uporabnike zdravstvene nege na domu iz občine Osijek z okolico, ki so v izbranem času bili deležni obravnave s strani medicinskih sester. Vzorec po strukturi ne odraža strukture populacije, vendar so ugotovitve gotovo zanimive za primerjavo z nadaljnjimi merjenji zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu.

Glede na povečevanje števila starejših prebivalcev ki živijo v domačem okolju (tako v Hrvaški kot v Sloveniji) in zadovoljevanju njihovih potreb, bo v prihodnje potrebno raziskovati prav slednje in poskrbeti za učinkovito mrežo izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe na domu

Rešitve morajo zajemati prizadevanja vseh udeležencev v sistemu. Potrebno pa bo zagotoviti tudi ustrezno sodelovanje zdravstvenega in socialnega področja, kar nam zagotovo predstavlja velik izziv. Staranje prebivalstva zahteva različne oblike nastanitvev, različne oblike pomoči in storitev ter odzivanje skupnosti na njihove potrebe. Starejši ljudje se večinoma odločajo, da na starost ostanejo doma, dokler jim zdravje in okoliščine le-to dopuščajo, kar zagotovo izboljša kakovost njihovega življenja, saj jim razpoložljivost in dostopnost storitev omogoča varno in samostojno življenje v domačem, znanem in njim prijaznem okolju.

Zaključek

Raziskovanje zadovoljstva uporabnikov zdravstvene nege na domu, ki se ne izvaja v okviru patronažnega varstva, temveč ga izvajajo medicinske sestre zasebnice preko Centra za zdravstveno nego na domu v Osijeku, je pokazalo, da so uporabniki zadovoljni predvsem s strokovnim delom medicinskih sester. V prihodnje bi bilo zanimivo in primerno opraviti še raziskavo o tem, kako so z delom svojih kolegic zasebnic zadovoljne patronažne medicinske sestre in rezultate primerjati med seboj.

Literatura

- Ahmad, M.M. & Alasad, J.A., 2004. Predictors of patients' experiences of nursing care in medical-surgical wards. *International Journal of Nursing Studies*, 10(5), pp. 235-241. PMID:15461693
- Biering, P., Becker, H., Calvin, A., & Grobe, S.J., 2006. Casting light on the concept of patient satisfaction by studying the construct validity and the sensitivity of a questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 19(2-3), pp. 246-258. <http://dx.doi.org/10.1108/09526860610661464> PMID:16875103
- Česen, M., 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje, p. 48.
- Chan, J.N., & Chau, J., 2005. Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), pp. 498-507. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03428.x> PMID:15882366
- Coulter, A., 2002. *The autonomous patient: ending paternalism in medical care*. London: Nuffield Trust, pp. 122-123.
- Davis, B.A., & Bush, H.A., 2003. Patient satisfaction of emergency nursing care in the United States, Slovenia, and Australia. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 18(4), pp. 267-274. PMID:14556583
- Fentonn, J.J., Jerant, A.F., Bertakis, K.D. & Franks, P., 2012. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of Internal Medicine*, 172(5), pp. 405-411. <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662> PMID:22331982
- Fokkema, T. & Knipscheer, K., 2007. Escape loneliness by going digital: a quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Aging & Mental Health*, 11(5), pp. 496-504. PMID:17882587
- Gazvoda, M.T., 2004. Zadovoljstvo varovancev kot pomemben del poslovne odličnosti. In: *Kakovost – različni pristopi, skupen cilj: zbornik referatov. 13. letna konferenca, Bernardin, 4. in 5. novembra 2004*. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost, pp. 152–155.
- Gorenak, I. & Goričan, A., 2011. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvu – primer zdravstvenega doma Šmarje pri Jelšah. *Zdravstveno varstvo*, 50(3), pp 175-184.
- Goričan, A., 2009. *Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev z delom zdravstvenega osebja: študija primera: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper, pp. 33-40.
- Han, C.H., Connolly, P.M. & Canham, D., 2003. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care at a teaching hospital of southern Taiwan. *Journal of Nursing Care Quality*, 18(2), pp. 143-150. <http://dx.doi.org/10.1097/00001786-200304000-00008> PMID:12680601
- Helfert, M., 2009. Challenges of business processes management in health care: experience in the Irish health care sector. *Business Process Management Journal*, 15(6), pp. 937–952. <http://dx.doi.org/10.1108/14637150911003793>

- Jha, A.K., Orav, E.J., Zheng, J. & Epstein, A.M., 2008. Patients' perception of hospital care in the United States. *New England Journal of Medicine*, 359(18), pp. 1921–1931. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa0804116> PMID:18971493
- Jorm, L.R., Walter, S.R., Lujic, S., Byles, J.E. & Kendig, H.L., 2010. Home and community care services: a major opportunity for preventive healthcare. *BMC Geriatrics*, 10, p. 26. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-26> PMID:20492704; PMCID:PMC2887872
- Keleher, H., 2003. Community care in Australia. *Home Health Care Management Practice*, 15(5), pp. 367–374. <http://dx.doi.org/10.1177/1084822303252394>
- Kersnik, J., 2003. *Bolnik v slovenskem zdravstvu: monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Available at: <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Bolnik-v-slovenskem-zdravstvu.pdf> [29. 8. 2014].
- Khan, M.H., Hassan, R., Anwar, S., Babar, T.S., & Babar, K.S., 2007. Patient satisfaction with nursing care. *Rawal Medical Journal*, 32(1), pp. 27–29.
- Kotler, P., 2004. *Management trženja*. Ljubljana: GV Založba.
- Kutney-Lee, A., McHugh, M.D., Sloane, D.M., Cimiotti, J.P., Flynn, L., Neff-Felber, D., et al., 2009. Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4), pp. 669–677. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w669> PMID:19525287; PMCID:PMC2718727
- Laschinger, H.S., Hall, L.M., Pedersen, C. & Almost J., 2005. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), pp. 220–230. <http://dx.doi.org/10.1097/00001786-200507000-00006> PMID:15965386
- Latković, B., 2002. *Pacient in zdravnik – partnerja v komunikaciji*. Ljubljana: Društvo pljučnih pacientov Slovenije, pp. 5–16.
- Liu, Y. & Wang, G., 2007. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(3), pp. 266–271. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NCQ.0000277785.52428.a5> PMID:17563597
- Ljubičić, M., 2006. Čimbenici koji utječu na kvalitetu komunikacije između bolesnika i sestre. *Sestrinski glasnik*, 3(8), pp. 42–47.
- Lucke, J.F., 2005. The α and the ω of congeneric test theory: an extension of reliability and internal consistency to heterogeneous tests. *Applied Psychological Measurement*, 29(1), pp. 65–81. <http://dx.doi.org/10.1177/0146621604270882>
- McAdam, M. & Wright, N., 2005. A review of the literature considering the role of mental health nurses in assertive outreach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(6), pp. 648–660. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00889.x> PMID:16336589
- McCabe, C., 2004. Nurse-patient communication: an exploration of patient's experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), pp. 41–49. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x> PMID:14687292
- McGarry, J., 2009. Defining roles, relationship, boundaries and participation between elderly people and nurses with in the home: an ethnographic study. *Health and Social Care in the Community*, 17(1), pp. 83–91. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00802.x> PMID:18700870
- Merkouris, A., Papathanassoglou, E.D. & Lemonidou, C., 2004. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach? *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), pp. 355–367. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.10.006> PMID:15050847
- Millard, L., Hallett, C. & Luker, K., 2006. Nurse-patient interaction and decision making in care: patient involvement in community nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), pp. 142–150. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03904.x> PMID:16866806
- Možina, T., 2007. *Merjenje zadovoljstva udeležencev v izobraževanju odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije, pp.7–12.
- Mpinga, E.K. & Chastonay, P., 2011. Satisfaction of patients: a right to health indicator? *Health Policy*, 100 (2-3), pp. 144–150. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.001> PMID:21126793
- Neuman, W.L., 2011. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. 6th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Ozsoy, S.A., Ozgür, G. & Durmaz Akyol, A., 2007. Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. *International Nursing Review*, 54(3), pp. 249–255. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00534.x> PMID:17685908
- Poredoš, P., 2005. Javno in zasebno zdravstvo: prednosti in pomanjkljivosti posameznih sistemov. *Zdravniški vestnik*, 74(7–8), pp. 455–456.

- Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe*, 2007. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Available at: <http://kohompgz.files.wordpress.com/2010/06/pravilnik-o-uvjetima-i-nacinu-ostvarivanja-prava-iz-obveznog-zdravstvenog-osiguranja-na-zdravstvenu-njegu-u-kuci-osigurane-osobe.pdf> [1. 9. 2014].
- Retelj, M. & Simčič, B., 2005. Sistem celovite kakovosti v Splošni bolnišnici Novo mesto. In: *Kakovost v zdravstvu. 12. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Otočec ob Krki, 12. in 13. maj*. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu, pp. 67–75.
- Rungapadiachy, D.M., 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu: teorija in praksa*. Ljubljana: Educy, pp. 336–339.
- Saucier Lundy, K. & Janes, S., 2009. *Community health nursing: caring for the public's health*. Boston [etc.]: Jones and Bartlett Publishers.
- Skela-Savič, B., 2002. Zadovoljstvo bolnikov – kazalec kakovosti v zdravstvu. In: Vukovič, G. ed. *Management in Evropska unija: zbornik konference z mednarodno udeležbo. 21. Znanstvena konferenca o razvoju organizacijskih ved, Portorož, 27. - 29. marec 2002*. Kranj: Moderna organizacija, pp. 1449–1455.
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H., 2005. Individualised care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), pp. 283–292. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x> PMID:15811107
- Šušteršič, O., 2006. Patronažno varstvo in patronažna zdravstvena nega - nadgradnja in prilagajanje novim izzivom. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(4), pp. 247–252.
- Tomšič, B., Grahek-Cujnik, A. & Lešnik-Hren, J., 2004. Sistem vodenja kakovosti v zdravstvenih domovih. In: *Kakovost – različni pristopi, skupen cilj: zbornik referatov. 13. letna konferenca, Bernardin, 4. in 5. novembra 2004*. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost, pp. 166–170.
- Završ Džananović, D., 2010. Patronažno varstvo Slovenije včeraj, danes, jutri. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(2), pp. 117–125.
- Železnik, D., 2007. *Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia: dissertation*. Oulu: Oulun yliopisto, pp. 81–82. Available at: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514286377/> [17. 3. 2014].
- Železnik, D. ed., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 16–20.

Citirajte kot/Cite as:

Železnik, D. & Rajčič, S., 2014. Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu z njihovo obravnavo. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 195–205. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.25>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Aktivnosti za preprečevanje padcev v rehabilitaciji pacientov po možganski kapi in njihov učinek na incidenco padcev

Fall prevention activities for inpatients at stroke rehabilitation setting and their impact on the incidence of falls

Natalija Kopitar, Nika Goljar, Vesna Mlinarič Lešnik

Ključne besede: padci; preventiva; možganska kap; hospitalna rehabilitacija

Key words: falls; prevention; stroke; inpatient rehabilitation

Natalija Kopitar, dipl. m. s.

Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
natalija.kopitar@ir-rs.si

doc. dr. Nika Goljar, dr. med.

Vesna Mlinarič Lešnik,
univ. dipl. psih.

Vse/All: Univerzitetni
rehabilitacijski inštitut
Republike Slovenije – Soča,
Linhartova 51, 1000 Ljubljana

IZVLEČEK

Uvod: Preprečevanje padcev je pomemben del rehabilitacijske obravnave. S timsko obravnavo in sistematičnim izvajanjem aktivnosti pri za padec visoko ogroženih pacientih se število padcev lahko zmanjša.

Metode: V raziskavo je bilo vključenih 1.634 pacientov na rehabilitaciji po možganski kapi v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča (URI – Soča) od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2012. Za ugotavljanje učinkovitosti aktivnosti za preprečevanje padcev pacientov je bila izvedena retrospektivna opazovalna raziskava z elementi akcijskega raziskovanja. Uspešnost izvedenih aktivnosti za preprečevanje padcev se je ugotavljala na podlagi incidence padcev.

Rezultati: V primerjavi z obdobjem 2007 do 2010, ko so se izvajale splošne aktivnosti za preprečevanje padcev in je incidenca padcev npr. leta 2007 znašala 4,5/1000 bolnišničnooskrbnih dni, se je le-ta v letih 2011 in 2012 po uvedbi lestvice za oceno tveganja za padec ter sistematičnega delovanja celotnega rehabilitacijskega tima pomembno zmanjšala, tako da je leta 2012 znašala 2,8/1000 bolnišničnooskrbnih dni. Učinkovitost sistematičnega delovanja pri preprečevanju padcev se kaže v manjšem številu pacientov, ki so padli enkrat ($p = 0,025$).

Diskusija in zaključek: S sistematičnim delovanjem multidisciplinarnega rehabilitacijskega tima lahko učinkovito zmanjšamo število padcev pacientov po možganski kapi na rehabilitacijskem oddelku. Vpliv teh aktivnosti na preprečevanje padcev pacientov v domačem okolju po zaključeni rehabilitaciji odpira tudi možnosti za nadaljnje raziskovalno delo.

ABSTRACT

Introduction: Effective fall prevention is an important aspect of rehabilitation process. Multidisciplinary team approach, individual and specific activities all reduce the risk of falling of high risk patients.

Methods: 1634 patients who were admitted to the stroke rehabilitation department of the University Rehabilitation Institute of the Republic of Slovenia - Soča (URI Soča) from January 1st 2007 to December 31st 2012 were all included in the study. Retrospective observational research with elements of action research was used to determine the efficiency of the fall prevention activities. The incidence of falls was used to evaluate the success of fall prevention activities.

Results: The incidence of falls has been reduced from 4.5 falls/1000 hospital days (HD) in 2007 to 2.8 falls/1000 HD in 2012 during the implementation of general fall prevention activities, the use of the fall prevention scale and the implementation of systematic activities of the entire multidisciplinary rehabilitation team. The success of these preventive activities was evident in patients who fell once ($p = 0.025$).

Discussion and conclusion: The incidence of falls in stroke patients during the rehabilitation process can be decreased significantly by multidisciplinary team approach in fall prevention activities. The influence of such activities in the fall prevention at home offers a suggestion for further research.

Uvod

Na oddelkih za rehabilitacijo glede na rezultate raziskav pade eden do pet pacientov od desetih (Vassallo, et al., 2003). Zaradi spodbujanja gibanja in samostojnosti se začasno lahko tveganje za padec še poveča (Lamb, et al., 2003; Suzuki, et al., 2005). Tveganje za padec je posebej veliko pri pacientih po možganski kapi ter pacientih s kognitivnimi motnjami in zlomom kolka (Vassallo, et al., 2003).

Padec je vsak nenačrtovani dogodek, ko se pacient znajde na tleh, tudi če ga nismo neposredno videli pasti (Morse, 2009). Da je pacient padel, se šteje, če: pade oz. zdrsne s postelje; zdrsne s stola, toaletne školjke ali invalidskega vozička na tla; se spotakne, zdrsne, izgubi ravnotežje ali kako drugače pade pri hoji; ga najdemo na tleh oz. ga moramo, kljub poskusu zadržanja, položiti na tla. Padci nazaj v sedeč položaj pri nameri vstajanja oz. presedanja v to niso vključeni (Aberg, et al., 2009).

Takoj po sprejemu na rehabilitacijski oddelek so za padec najbolj ogroženi pacienti, ki so slabše orientirani, in tisti, ki se kljub slabši mobilnosti samostojno presedajo. Pri pacientih po zlomu kolka in težje prizadetih po možganski kapi, ki še niso sposobni samostojnega presedanja, pa se tveganje za padec razvije kasneje. Kasneje med rehabilitacijsko obravnavo se tveganje za padec lahko poveča tudi pri pojavu zdravstvenih zapletov (npr. pri dehidriranih pacientih ali tistih z akutno infekcijo) (Aberg, et al., 2009). Strah pred ponovnim padcem lahko omeji pacientovo aktivnost in ovira proces rehabilitacije ali celo privede do novih padcev, četudi ob padcu večinoma ne pride do hujših poškodb (Andersson, et al., 2006).

Za učinkovitejše preprečevanje padcev pacientov, ki so hospitalizirani na Oddelku za rehabilitacijo po možganski kapi na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije – Soča (URI – Soča), prizadevanja tečejo že nekaj let. Pri analizi padcev v letu 2006 je bilo ugotovljeno, da je v enem letu padla petina pacientov, sprejetih na prvo rehabilitacijsko obravnavo po možganski kapi, skoraj polovica jih je padla več kot enkrat. Pacienti, ki so padli, so bili v povprečju funkcionalno manj sposobni, njihova hospitalizacija je bila v povprečju daljša za devet dni, več jih je tudi jemalo zdravila, ki lahko povzročijo sedacijo in zmedenost. Padci so bili najpogostejši popoldan, v bolniški sobi in na stranišču, med premeščanjem in ob spremembah telesnih položajev, v odsotnosti zdravstvenega osebja. V večini primerov do poškodbe ni prišlo, pri četrtini padcev je bila poškodba lažja in oskrba poškodbe večinoma ni bila potrebna (Marolt & Goljar, 2008). Prvi analizi je sledila še druga v letu 2009 s podobnimi ugotovitvami (Šavli & Trtnik, 2010).

Objave o tem, katere aktivnosti naj bi bile učinkovite in kako jih uvesti v klinično prakso zlasti v zdravstvene ustanove za rehabilitacijo pacientov po možganski

kapi v subakutnem obdobju bolezni, so razmeroma redke. Po večini so v pregledanih študijah proučevali učinkovitost aktivnosti za preprečevanje padcev na rehabilitacijskih oddelkih pri starejših pacientih na splošno (Haines, et al., 2004, Healey, et al., 2004) in pri pacientih z zlomom kolka (Stenvall, et al., 2007). Pri pacientih po možganski kapi so doslej ugotavljali učinkovitost preprečevanja padcev v domačem okolju (Batchelor, et al., 2012). Tudi priporočila za preprečevanje padcev v kliničnih smernicah za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi temeljijo večinoma na z dokazi podprtih postopkih za preprečevanje padcev pri starejših (National Stroke Foundation, 2010; Heart & Stroke Foundation, 2013). Toda ni povsem jasno, ali so priporočila, ki so namenjena preprečevanju padcev v splošni populaciji starejših, enako primerna tudi za ljudi, ki so doživeli možgansko kap. Zagotovo so tudi v različnih časovnih obdobjih po možganski kapi potrebne različne aktivnosti za preprečevanje padcev.

Namen in cilj

Namen prispevka je opisati aktivnosti, ki so bile za preprečevanje padcev pacientov po možganski kapi uvedene in izvedene na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča, ter prikazati, kakšne učinke je uvajanje aktivnosti imelo na incidenco padcev v večletnem opazovanem obdobju (od 2007 do 2012). Do pomembnega upada števila padcev naj bi po naših predvidevanjih prišlo zlasti po uvedbi prvih sistematičnih aktivnosti za preprečevanje padcev v obdobju med leti 2007 in 2010 ter nato še v obdobju 2011 in 2012, ko smo aktivnosti za preprečevanje padcev pacientov dopolnili. Cilj je bil s sistematičnim delovanjem multidisciplinarnega rehabilitacijskega tima učinkovito zmanjšati število padcev pacientov po možganski kapi na rehabilitacijskem oddelku.

Metode

Za ugotavljanje učinkovitosti izvedenih aktivnosti za preprečevanje padcev pacientov na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča je bila izvedena retrospektivna opazovalna raziskava z elementi akcijskega raziskovanja (Coghlan & Casey, 2001).

Opis instrumenta

Po analizi padcev na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča leta 2006 (Marolt & Goljar, 2008) so se v letih od 2007 do začetka 2010 izvajale poostrene splošne aktivnosti za preprečevanje padcev. Ponovna analiza padcev je bila opravljena v letu 2009 (Šavli & Trtnik, 2010), januarja 2010 pa je bila izvedena anketna raziskava med zdravstvenimi delavci (Vrabič, 2011). Po analizah je

bilo septembra 2010 uvedeno ocenjevanje tveganja za padec ob sprejemu z lestvico tveganja (Nakagawa, et al., 2008) in v začetku leta 2011 še specifične aktivnosti za preprečevanje padcev pri visoko ogroženih pacientih, ki jih je izvajal celoten rehabilitacijski tim, ter dopolnjen protokol izvajanja aktivnosti za preprečevanje padcev. Učinkovitost uvedenih aktivnosti je bila preverjena z izračunavanjem incidence padcev na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča v letih 2007 do 2012.

Splošne aktivnosti za vse novosprejete paciente za preprečevanje padcev so bile:

- seznanitev s prostori in možnostmi osvetlitve le-teh;
- prikaz delovanja klicne naprave pri postelji in v toaletnih prostorih;
- prikaz možnosti prilagoditve višine postelje in dvigovanja vzglavja;
- opozarjanje na nevarnost padca in na pomen prisotnosti zdravstvenega tehnika pri predsedanju do pridobljenega zaupanja oz. znanja o pravilnem predsedanju in hoji;
- opozarjanje na mokra, spolzka tla in nujnost uporabe ustrezne neдрseče, oprijemajoče se obutve;
- opozarjanje na premikajočo se nočno omarico in nevarnost nezavrtega invalidskega vozička ali postelje, ki niso ustrezna opora pri predsedanju;
- dogovor o načrtu odvajanja in izločanja;
- učenje pravilne uporabe držal, prijemal.

Individualne aktivnosti za novosprejetega pacienta so bile:

- odstranitev premikajočih se elementov ob postelji;
- pridobivanje informacij o pacientovi motnji ravnotežja in/ali koordinacije gibanja;
- pridobivanje informacij o pacientovih kognitivnih sposobnostih in pomnjenju;
- seznanitev pacienta o vplivu psihotropnih zdravil na stanje zavesti;
- izključevanje motečih dejavnikov pri izvedbi aktivnosti;
- ugotavljanje obstoja strahu pred padcem;
- zagotavljanje zadostne hidracije in prehranjenosti nesamostojnega pacienta;
- zagotavljanje pravilne dolžine in širine oblačil;
- zgodnje opremljanje z medicinsko-tehničnimi pripomočki za lažje premikanje;
- pobiranje na tleh ležečih predmetov, predno se le-to odloči narediti pacient sam, oz. pravočasna opozorila, da lahko pri tej aktivnosti izgubi ravnotežje;
- opozarjanje svojcev na izvajanje aktivnosti za preprečevanje padcev.

Septembra 2010 smo začeli uporabljati lestvico za oceno tveganja za padec takoj ob sprejemu pacienta na oddelek. Za klinično uporabo v subakutnem obdobju po možganski kapi je bila izbrana lestvica tveganja avtorjev Nakagawa in sodelavci (2008). Analizo klasifikatorjev so avtorji izvedli s krivuljami ROC (Receiver Operating Characteristics Curve) ter z izračunom površine pod krivuljo (AUC) primerjali

točnost modelov, pri čemer so izbrali najbolj ustreznega s senzitivnostjo 0,70 in specifičnostjo 0,69. S Kaplan-Meierjevo analizo so avtorji prikazali, da vsaj 85 % hospitaliziranih pacientov, ki imajo najnižje ocenjeno tveganje, rehabilitacijo prestane brez padca, 20 % pacientov z najvišjo oceno tveganja pa pade v desetih dneh po sprejemu. Lestvica vsebuje sedem spremenljivk. Vključuje podatke o morebitnih predhodnih padcih; o tem, ali pacient jemlje psihotropna zdravila; ima okvare vida; centralno ohromelost ali urinsko inkontinenco. Ocenjuje se prisotnost oz. odsotnost spremenljivke (točkovanje z 0 ali 1). Preveri se tudi način gibanja, kjer uporaba bergel prinese dve točki, uporaba invalidskega vozička pa eno točko. Zdravnik pri pacientih, pri katerih je le-to mogoče, opravi še Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti (Vodušek, 1992). Če pacient pri tem preizkusu doseže manj kot 27 točk, le-to prinese dodatno točko. Glede na seštevek z lestvico zbranih točk paciente razporedimo v tri kategorije tveganja. Pacienti z nizkim tveganjem za padec zberejo od 0 do 2 točki, srednje tveganje imajo pacienti z oceno 3 ali 4, visoko tveganje pa je pri oceni med 5 in 8 (Nakagawa, et al., 2008).

Pri visoko ogroženih pacientih so bile razvite naslednje specifične aktivnosti:

- postavitve diskretne oznake visoke ogroženosti, ki zaposlene stalno opominja na pacienta, ki je nevaren za padec;
- izvajanje posebnih varovalnih ukrepov po dogovoru z zdravnikom (namestitve posteljnih ograjic, mizic na invalidske vozičke, telesnih pasov, ki preprečujejo nekontrolirano vstajanje);
- usmerjena rehabilitacijska obravnava: intenzivnejše vaje za ravnotežje v fizioterapiji; poudarek na pravilnem vstajanju in predsedanju v okviru delovne terapije in fizioterapije; pri pacientih z motnjami sporazumevanja pomoč logopedinje pri razlagah o nevarnosti za padec in potrebnih aktivnostih; pomoč psihologinje pri razlagah o pomenu namestitve posteljnih ograjic in predsedanja pod nadzorom zdravstvenega osebja; pogovori zdravnikov, fizioterapevtov, delovnih terapevtov, logopeda in psihologa s pacientom in njegovimi svojci; spremljanje visoko ogroženega pacienta od terapije do terapije in na oddelek, tako da je le-ta pod stalnim nadzorom zdravstvenega osebja;
- poostren nadzor nad varnostjo s strani zaposlenih v zdravstveni negi, vključno z obhodi ogroženih pacientov na uro do dve ali po potrebi še pogosteje in tako pravočasno zagotavljanje potreb pacientov;
- namestitve pacienta v sobo blizu zaposlenih v zdravstveni negi;
- opozarjanje s strani zaposlenih v zdravstveni negi, da obiskovalci upoštevajo in izvajajo ukrepe, ki zmanjšujejo možnost padca.

Načrtu aktivnosti ob padcu smo v drugi polovici leta 2011 dodali poročanje članom rehabilitacijskega tima o padcu in skupno analizo padca ter načrt za nove

aktivnosti za preprečevanje ponovnega padca.

Ob uvedbi lestvice za oceno tveganja za padeč je bil dopolnjen protokol izvajanja aktivnosti za preprečevanje padcev. Lestvico za oceno tveganja za padeč izpolni zdravnik takoj po sprejemu. Zaposleni v zdravstveni negi že popoldan ali najkasneje naslednji dan diskretno označijo visoko ogrožene paciente. Ob sprejemu se dosledno pri vsakem pacientu izvedejo splošne aktivnosti. Zaposleni v zdravstveni negi v vseh treh izmenah ugotavljajo, če je pri pacientu prisotno tveganje za padce ter ugotavljajo pacientove motnje zaznavanja in pomnjenja. Zjutraj se diplomirana medicinska sestra z zdravstvenimi tehnikami pogovori o potrebnih individualnih aktivnostih in poroča zdravniku o potrebi po ukrepih pri visoko ogroženih pacientih. Isto jutro diplomirana medicinska sestra tudi predstavi visoko ogrožene paciente rehabilitacijskemu timu, ki ga sestavljajo diplomirana medicinska sestra, psiholog, fizioterapevt, delovni terapevt, socialni delavec in logoped. Po potrebi lahko ta skupina vsako jutro načrtuje aktivnosti, ki bi uspešno preprečile padeč. Če pacient pade, se o vzrokih za padeč in aktivnostih za preprečevanje ponovnega padca člani rehabilitacijskega tima pogovorijo jutro po padcu ter realizacijo načrtovanih aktivnosti prenesejo v svoja delovna okolja.

Opis vzorca

V raziskavo so bili vključeni vsi pacienti, sprejeti na Oddelek za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi v URI – Soča v koledarskih letih 2007 do 2012. V tem obdobju je bilo hospitaliziranih 1634 pacientov, od tega 60 % ($n = 980$) moških in 40 % ($n = 654$) žensk. Povprečna starost pacientov je bila 58 let ($s = 1,95$). Zabeleženih je bilo 69.894 ($s = 283$) bolnišnično oskrbnih dni (BOD) in povprečno trajanje hospitalizacije 42,79 ($s = 1,35$) dni. Na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi se je izvajala celostna rehabilitacija po možganski kapi v subakutnem obdobju bolezni pri pacientih z izpadi na vsaj dveh področjih funkcioniranja. Hospitalizirani pacienti so ob sprejemu na Lestvici funkcijske neodvisnosti (Grabljevec, 2003) v povprečju prejeli 79 točk ($s = 1,41$) in ob odpustu 86 točk ($s = 1,59$), kar pomeni, da so bili na oddelku po večini obravnavani pacienti z zmerno hudo možgansko kapjo (Globokar & Goljar, 2006).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Učinki sistematičnega izvajanja aktivnosti za preprečevanje padcev so se na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča spremljali z beleženjem padcev na oddelku v letih 2007 do 2012. Podatke smo pridobili iz strokovnih poročil URI – Soča za leta 2007 do 2012 (Strokovno poročilo Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo za leto 2007, 2008;

Strokovno poročilo Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo za leto 2008, 2009; Strokovno poročilo za leto 2009 za JZZ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, 2010; Strokovno poročilo za leto 2010 za JZZ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, 2011; Strokovno poročilo za leto 2011 za JZZ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, 2012; Strokovno poročilo za leto 2012 za JZZ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, 2013). Za prikaz števila padcev in števila pacientov, ki so padli, za vsako leto posebej v časovnem obdobju 2007 do 2012, je bila uporabljena deskriptivna statistična analiza. Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko URI – Soča dne 7. 6. 2010.

Za vsako leto opazovanega obdobja je bila izračunana incidenca padcev (število padcev/1.000 BOD). Statistične analize so bile opravljene s statističnim programom MedCalc® ver. 13.0.6. (MedCalc Software, Ostend, Belgium). Za ugotavljanje statistične značilnosti sprememb incidence padcev od leta 2007 do 2012 je bil izveden test primerjave razmerja (*angl.* Incidence Rate Ratio, IRR) med številom padcev in številom pacientov za leti 2007 in 2012 ter test primerjave razmerja med številom padcev in številom pacientov v letih od 2007 do 2010 ter v letih 2011 in 2012. Test primerjave razmerja smo uporabili tudi za primerjave med številom pacientov, ki so padli enkrat, in številom vseh pacientov ter za primerjave med številom pacientov, ki so padli večkrat, in številom vseh pacientov v letih od 2007 do 2010 ter v letih 2011 in 2012. Upoštevana raven statistične značilnosti je bila $p < 0,05$.

Rezultati

V letu 2007 je bilo zabeleženih 54 padcev, v letu 2012 pa 33. S testom primerjave razmerja med številom padcev in številom hospitaliziranih pacientov smo ugotovili pomembne razlike v spremembi pojavnosti padcev med omenjenima letoma ($IRR = IR_1/IR_2 = 1,73$, $p = 0,012$). Leta 2007 je incidenca tako znašala 4,5 padcev/1.000 BOD, leta 2012 pa 2,8 padcev/1.000 BOD. V Tabeli 1 so prikazane incidence padcev za posamezna leta opazovanega obdobja.

Na podlagi opaznega trenda zmanjševanja števila padcev smo izvedli statistične primerjave števila padcev glede na posamezna obdobja, v katerih so bile uvedene posamezne aktivnosti. S testom primerjave razmerja smo primerjali razmerje med skupnim številom padcev glede na število sprejetih pacientov v časovnem obdobju 2007–2010 (skupaj 196 padcev na 1.080 pacientov) in obdobju 2011–2012 (skupaj 67 padcev na 554 pacientov), kjer ugotovimo statistično pomembno razliko v številu padcev ($IRR = IR_1/IR_2 = 1,50$, $p = 0,004$).

V Tabeli 2 je prikazano število pacientov, ki so v obdobju od 2007 do 2012 v času hospitalizacije na

Tabela 1: *Incidenca padcev na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča v letih 2007 do 2012*
 Table 1: *The incidence of falls in Stroke Rehabilitation Department URI-Soča in years 2007 to 2012*

Leto/Year	BOD/PD	Št. pacientov/ Nr. of patients	Št. padcev/ Nr. of falls	Incidenca/ Incidence
2007	12031	268	54	4,5
2008	11976	279	53	4,4
2009	11460	269	47	4,1
2010	11604	264	42	3,6
2011	11215	270	34	3,0
2012	11608	284	33	2,8

Legenda/Legend: št. BOD/PD – število bolnišničnooskrbnih dni/ patient days; št. pacientov – število odpuščenih pacientov z oddelka po možganski kapi v izbranem letu/the number of discharged patients from subacute stroke rehabilitation setting in the selected year; št. padcev – število padcev/the number of falls

Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča padli enkrat, dvakrat, trikrat ali večkrat. Pri primerjavi števila pacientov, ki so padli enkrat, glede na število vseh sprejetih pacientov lahko v obdobjih uvajanja aktivnosti 2007–2010 in 2011–2012 opazimo

statistično pomembno zmanjšanje pogostosti padcev ($IRR = IR_1/IR_2 = 1,53, p = 0,025$). Pri primerjavi števila pacientov, ki so padli več kot enkrat, med obema obdobjema ni statistično pomembnih razlik ($IRR = IR_1/IR_2 = 1,50, p = 0,205$).

Tabela 2: *Število pacientov, ki so padli na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča v letih 2007 do 2012*
 Table 2: *The number of patients who fell in Stroke Rehabilitation Department URI-Soča in years 2007 to 2012*

Leto/Year	Št. pacientov, ki so padli/ Nr. of patients who fell	Padli 1x/ Fell once	Padli 2x/ Fell twice	Padli 3x/ Fell 3 times	Padli 4x in več/ Fell 4 times or more
2007	41	30	9	2	0
2008	40	30	8	1	1
2009	34	23	9	2	0
2010	33	27	4	1	1
2011	29	24	5	0	0
2012	21	13	5	2	1

Legenda/Legend: št. – število pacientov, ki so padli/Nr. – number of patients who fell

Diskusija

Zmanjševanje incidence padcev na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča v večletnem obdobju kaže na učinkovitost uvedenih aktivnosti za preprečevanje padcev. Incidenca padcev se je pomembno znižala po letu 2006, tj. po poostitvi izvajanja splošnih aktivnosti za preprečevanje padcev, in po letu 2011, ko so bile uvedene specifične aktivnosti za preprečevanje padcev pri visoko ogroženih pacientih, ki jih je izvajal celoten rehabilitacijski tim, ter uvedeno ocenjevanje tveganja za padec ob sprejemu z lestvico tveganja in dopolnjen protokol izvajanja aktivnosti za preprečevanje padcev. Po izsledkih randomiziranih kontrolnih raziskav je znano, da se po uvedbi več aktivnosti za preprečevanje padcev na rehabilitacijskih oddelkih število padcev lahko zmanjša za 30 do 60 % (Haines, et al., 2004; Healey, et al., 2004; Stenvall, et al., 2007). Incidenca padcev na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča se je v obdobju od leta 2007 do 2012 zmanjšala za skoraj dve

tretjini (62 %) in postala nižja od v literaturi objavljenih podatkov, ki navajajo med 5 in 18 padcev/1000 BOD (Vassallo, et al., 2003; Czernuszensko & Czlonkowska, 2009).

Čeprav raziskave kažejo na prednosti preprečevanja padcev, je implementacija preventivnih aktivnosti še vedno relativno skromna (Aberg, et al., 2009; Campbell & Robertson, 2006). V dosedanjih raziskavah so pri pacientih po možganski kapi proučevali vpliv vadbe za izboljšanje fizične zmogljivosti (Barreca, et al., 2004), vstajanja in usedanja, vaj za izboljšanje spretnosti (Marigold, et al., 2005), zdravljenja z vitaminom D (Sato, et al., 2005), tehnološke podpore, kot so posteljni senzorji in senzorji na stolih (Kwok, et al., 2006), ter izobraževanja zaposlenih v zdravstveni negi (Campbell, et al., 2006). Z omenjenimi aktivnostmi niso ugotovili statistično pomembnega zmanjšanja števila padcev v primerjavi s skupinami pacientov, pri katerih teh aktivnosti niso izvajali. Posamezni dejavniki tako ne prispevajo pomembno k zmanjšanju števila padcev, vendar opravljena raziskava, kjer je bilo kombiniranih

več izmed zgoraj navedenih dejavnikov, statistično dokazuje zmanjšanje števila padcev. Podobno se nakazuje po večletnem uvajanju različnih aktivnosti za preprečevanje padcev na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča.

Sprva smo, po analizah zapisov o padcih pacientov na rehabilitaciji po možganski kapi leta 2006 in 2009 (Marolt & Goljar, 2008; Šavli & Trtnik, 2010), poosttrili nadzor nad pacienti z večjim tveganjem za padeč zlasti v popoldanskem času, ko je na oddelku manj zdravstvenega osebja in terapevtskih programov. Poosttrili smo predvsem nadzor pri presedanju in hoji pacientov na oddelku ter bolj previdno predpisovali zdravila, da bi se izognili sedaciji, zmedenosti in posturalni hipotenziji. Kasneje, v letu 2011, smo uvedli timski pristop k preprečevanju padcev. Člani multidisciplinarnega tima za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi so posebej izobraženi o možganski kapi in izvedenci na svojem področju delovanja, zato je povsem logično, da v okviru svojega področja obravnave pacienta vključijo tudi aktivnosti za preprečevanje padcev. Veliko pozornosti je bilo namenjene ozaveščanju zaposlenih v zdravstveni negi o prepoznavanju dejavnikov tveganja za padeč pri pacientih, hkrati pa smo v sklopu rehabilitacijske obravnave pacientov posvetili več pozornosti vadbi funkcionalnih aktivnosti, vključno z vadbo ravnotežja, spreminjanja telesnih položajev in vadbo za izboljšanje fizične zmogljivosti. Skrbeli smo, da bi se pacienti bolje zavedali lastnih sposobnosti, in jih spodbujali, da pokličejo pomoč, ko jo potrebujejo.

Zaposlene v zdravstveni negi na oddelku smo spodbujali k zavedanju in presoji možnosti za padeč pri posameznem pacientu, posebej po uvedbi ocenjevanja tveganja za padeč z lestvico za oceno tveganja. Pozornost zaposlenih v zdravstveni negi za tveganje za padce in njihova globalna ocena je eden pomembnejših dejavnikov pri preprečevanju padcev (Oliver, 2008; Aberg, et al., 2009; Meyer, et al., 2009). Glede na dosedanje izkušnje in izide dosedanjih prizadevanj je najbolje takoj ob sprejemu pridobiti podatke o pacientovih nedavnih padcih (v zadnjem letu) in v prvih štiriindvajsetih urah v vseh delovnih izmenah zaposlenih v zdravstveni negi opazovati, ali pri novosprejetem pacientu obstaja tveganje za padeč, ter prepoznati njegove motnje zaznavanja in pomnjenja. Tako oceno ogroženosti je potrebno ponoviti ob spremembi zdravstvenega stanja, po padcu in ob spremembi okolja, v katerem se pacient nahaja. Tudi raziskavam, v katerih so proučevali učinkovitost programov za preprečevanje padcev, je skupno prav ocenjevanje dejavnikov tveganja za padeč pri posameznem pacientu in izdelava podrobnega načrta za preprečevanje padcev (Haines, et al., 2004, Healey, et al., 2004, Stenvall, et al., 2007).

Leta 2006 je na Oddelku za rehabilitacijo pacientov po možganski kapi URI – Soča skoraj polovica pacientov, ki so padli, padla več kot enkrat (Marolt & Goljar,

2008). Sistematično ukrepanje pri preprečevanju padcev se v opravljeni študiji kaže v manjšem številu pacientov, ki so padli enkrat, pri številu pacientov z več padci pa ni opaznega enotnega trenda, kar lahko pojasnimo z značilnimi posledicami možganske kapi, med katere sodijo nekritičnost pacientov do svojega zdravstvenega stanja, zanemarjanje prizadete strani telesa in motnje zaznavanja in orientacije v prostoru (Goljar & Ivanovski, 2012).

Izvajanje posebnih varovalnih ukrepov, kot so nameščanje posteljnih ograjic, mizic in telesnih pasov na invalidske vozičke pri za padeč zelo ogroženih pacientih bi bilo lahko zakonsko sporno (Zakon o duševnem zdravju, 2008). Iz opažanj pa ugotavljamo, da pacienti in njihovi svojci pri teh ukrepih postopoma pridobijo zavedanje o nevarnosti padca. K temu veliko prispeva tudi sočasno usklajeno delovanje vseh članov rehabilitacijskega tima, zato se z našimi prizadevanji pacienti in njihovi svojci večinoma strinjajo. Vsako nepotrebno omejevanje aktivnosti oz. samostojnosti pri prizadevanjih za preprečevanje padca pa je po drugi strani v nasprotju z osnovnim namenom rehabilitacijske obravnave (Aberg, et al., 2009). V okviru tega je potrebno tudi upoštevati, da so padci pri pacientih po možganski kapi del aktivnega procesa rehabilitacije in se jim zaradi narave bolezni in njenih posledic ne moremo popolnoma izogniti (Marolt & Goljar, 2008).

Med omejitvami raziskave velja posebej omeniti metodološke pomanjkljivosti raziskovalnega načrta, s katerim nismo uspeli sistematično zajeti učinka posameznih aktivnosti. Aktivnosti za preprečevanje padcev smo uvajali postopoma, večinoma z namenom izboljšanja kakovosti zdravstvene nege pacientov, ki so na rehabilitaciji na URI – Soča. Zaposleni v zdravstveni negi in drugi člani rehabilitacijskega tima so predlagane aktivnosti večinoma dobro sprejeli. Največ pomislov se je pojavilo ob določanju strokovnega profila, ki naj bo pristojen za izpolnjevanje lestvice za oceno tveganja za padeč. Ker je za oceno tveganja za padeč potrebna tudi ocena pacientovih kognitivnih sposobnosti, le-to izvede ob sprejemu zdravnik. Razen Zapisa o padcih in drugih poškodbah, ki je del dokumentacije sistema vodenja kakovosti ISO 9001, drugih spremenljivk (na primer: koliko pogovorov smo opravili s pacienti in njihovimi svojci: kolikokrat se je v preprečevanje padcev in s kakšnimi terapevtskimi postopki vključil fizioterapevt, delovni terapevt, logoped ali psiholog; kolikokrat so bili potrebni posebni varovalni ukrepi in podobno) nismo sistematično zbirali. S tega vidika ni mogoče izluščiti, katera aktivnost je bila najbolj učinkovita. Eden od izidov uspešnosti aktivnosti za preprečevanje padcev je tudi resnost poškodb, ki nastanejo zaradi padca. Ti podatki se sicer zbirajo v dokumentaciji sistema vodenja kakovosti, vendar resnejših poškodb zaradi padcev v opazovanem obdobju ni bilo in z uvajanjem novih aktivnosti posledično tudi ni bilo sprememb.

Možnosti nadaljnega raziskovanja se kažejo v proučevanju učinkov posameznih aktivnosti in spremljanju učinkov timskega pristopa pri zdravstveni vzgoji pacientov in njihovih svojcev o tveganjih za padce na preprečevanje padcev pacientov v domačem okolju po zaključeni rehabilitaciji.

Zaključek

Z usklajenim, načrtnim in k pacientu usmerjenim delovanjem multidisciplinarnega rehabilitacijskega tima lahko zmanjšamo število padcev pacientov po možganski kapi na rehabilitacijskem oddelku. Takoj ob sprejemu je potrebno pridobiti podatke o padcih pri pacientu v zadnjem letu in v prvih štiriindvajsetih urah skozi vse delovne izmene zaposlenih v zdravstveni negi, oceniti tveganje za padce pri pacientu ter prepoznati pacientove motnje zaznavanja in pomnjenja. Poostri je potrebno predvsem nadzor pri presedanju in hoji, previdno predpisovati zdravila, v večji meri vaditi ravnotežje, pozornost nameniti učenju varnega premikanja v okviru pacientovih zmožnosti in preverjanju razumevanja navodil. Poostren nadzor je posebej pomemben pri pacientih z večjim tveganjem, zlasti v popoldanskem času. Paciente je potrebno spodbujati, da se bolj zavedajo lastnih sposobnosti, in jih učiti, da pokličejo pomoč, kadar jo potrebujejo. Padec pacienta po možganski kapi na rehabilitacijskem oddelku je napovedovalec padca v domačem okolju, zato je nujen prenos informacije o padcu osebam, ki bodo tega pacienta negovale doma.

Literatura

- Aberg, A.C., Lundin-Olsson, L. & Rosendahl, E., 2009. Implementation of evidence-based prevention of falls in rehabilitation units: a staff's interactive approach. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(13), pp. 1034-1040. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0452> PMID:19893998
- Andersson, A.G., Kamwendo, K., Seiger, A. & Appelros, P., 2006. How to identify potential fallers in a stroke unit: validity indexes of four test methods. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(3), pp. 186-191. <http://dx.doi.org/10.1080/16501970500478023> PMID:16702086
- Barreca, S., Sigouin, C.S., Lambert, C. & Ansley, B., 2004. Effects of extra training on the ability of stroke survivors to perform an independent sit-to-stand: a randomized controlled trial. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 27(2), pp. 59-68. <http://dx.doi.org/10.1519/00139143-200408000-00004>
- Batchelor, F.A., Macintosh, S.F., Said, C.M., & Hill, K.D., 2012. Falls after stroke. *International Journal of Stroke*, 7(6), pp. 482-490. PMID:22494388
- Campbell, A.J. & Robertson, M.C., 2006. Implementation of multifactorial interventions for fall and fracture prevention. *Age and Ageing*, 35 Suppl 2, pp. ii60-ii64. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/af1089> PMID:16926208
- Campbell, G.B., Breisinger, T.P. & Meyers, L., 2006. Stroke unit fall prevention: an interdisciplinary, data-driven approach. *Rehabilitation Nursing*, 31(1), pp. 3-4. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00002.x> PMID:16422037
- Coghlan, D. & Casey, M., 2001. Action research from inside: issues and challenges in doing action research in your own hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), pp. 674-682. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01899.x> PMID:11529969
- Czernuszensko, A. & Czlonkowska, A., 2009. Risk factors for falls in stroke patients during inpatient rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 23(2), pp. 176-188. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215508098894> PMID:19164405
- Globokar, D. & Goljar, N., 2006. Napovedna vrednost Lestvice funkcijske neodvisnosti za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi na Inštitutu Republike Slovenije za rehabilitacijo. *Rehabilitacija*, 5(3/4), pp. 51-53.
- Goljar, N. & Ivanovski, M., 2012. Motnje občutljivosti, zaznavnih in spoznavnih sposobnosti in izid rehabilitacije po možganski kapi. In: Marinček, Č. ed. *Pomen zaznavnih in prepoznavnih sposobnosti v rehabilitacijski medicini. 23. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, Ljubljana, 23. in 24. marec 2012*. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, pp. 88-94.
- Grabljevec, K., 2003. Lestvica funkcijske neodvisnosti (FIM). In: Burger, H. & Goljar, N. eds. *Ocenjevanje izida v medicinski rehabilitaciji. 14. dnevi rehabilitacijske medicine: zbornik predavanj, Ljubljana, 4. in 5. april 2003*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, pp. 59-64.
- Haines, T.P., Bennell, K.L., Osborne, R.H. & Hill, K.D., 2004. Effectiveness of targeted falls prevention programme in subacute hospital setting: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328(7441), pp. 328-336. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7441.676> PMID:15031238; PMCID:PMC381222
- Healey, F., Monro, A., Cockram, A., Adams, V. & Heseltine, D., 2004. Using targeted risk factor reduction to prevent falls in older in-patients: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 33(4), pp. 390-395. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afh130> PMID:15151914

- Heart & Stroke Foundation, 2013. *Canadian best practice recommendations for stroke care*. Available at: <http://www.strokebestpractices.ca> [17. 4. 2014].
- Kwok, T., Mok, F., Chien, W.T. & Tam, E., 2006. Does access to bed-chair pressure sensors reduce physical restraint use in the rehabilitative care setting? *Journal Clinical Nursing*, 15(5), pp. 581-587. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01354.x> PMID:16629967
- Lamb, S.E., Ferruci, L., Volapto, S., Fried, L.P. & Guralnik, J.M., 2003. Risk factors for falling in home-dwelling older women with stroke. *Stroke*, 34(2), pp. 495-501. <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000053444.00582.B7>
- Marigold, D.S., Eng, J.J., Dawson, A.S., Inglis, J.T., Harris, J.E. & Gylfadottir, S., 2005. Exercise leads to faster postural reflexes, improved balance and mobility, and fewer falls in older persons with chronic stroke. *Journal of American Geriatric Society*, 53(3), pp. 416-423. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53158.x> PMID:15743283; PMCID:PMC3226796
- Marolt, M. & Goljar, N., 2008. Padci pri bolnikih po možganski kapi na oddelku za rehabilitacijo. *Rehabilitacija*, 7(2), pp. 17-22.
- Meyer, G., Kopke, S., Haastert, B. & Muhlhauser, I., 2009. Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster - randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 38(4), pp. 417-423. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afp049> PMID:19435759
- Morse, J.M., 2009. Preventing patient falls: establishing a fall intervention program. 2nd ed. New York: Springer, p. 6.
- Nakagawa, Y., Sannomiya, K. & Kinoshita, M., 2008. Development of an assessment sheet for fall prediction in stroke inpatients in convalescent rehabilitation wards in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13(3), pp. 138-147. <http://dx.doi.org/10.1007/s12199-007-0023-8> PMID:19568898; PMCID:PMC2698258
- National Stroke Foundation, 2010. *Clinical Guidelines for Stroke Management*. Available at: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/cp126> [17. 4. 2014].
- Oliver, D., 2008. Falls risk prediction tools for hospital inpatients. Time to put them to bed? *Age and Ageing*, 37(3), pp. 248-250. <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afn088> PMID:18456789
- Sato, Y., Iwamoto, J., Kanoko, T. & Satoh, K., 2005. Low-dose vitamin D prevents muscular atrophy and reduces falls and hip fractures in women after stroke: a randomized controlled trial. *Cerebrovascular Diseases* 20(3), pp. 187-192. <http://dx.doi.org/10.1159/000087203> PMID:16088114
- Stenvall, M., Olofsson, B., Lundström, M., Englund, U., Borssén, B., Svensson, O., et al., 2007. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. *Osteoporos International*, 18(2), pp. 167-175. <http://dx.doi.org/10.1007/s00198-006-0226-7> PMID:17061151; PMCID:PMC1766476
- Strokovno poročilo Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo za leto 2007, [2008]. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, pp. 6-8.
- Strokovno poročilo Inštituta Republike Slovenije za rehabilitacijo za leto 2008, [2009]. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, pp. 8-10.
- Strokovno poročilo za leto 2009 za JZZ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča, [2010]. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča, pp. 11-18.
- Strokovno poročilo za leto 2010 za JZZ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča, [2011]. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije- Soča, pp. 11-20.
- Strokovno poročilo za leto 2011 za JZZ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča, [2012]. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča, pp. 11-20.
- Strokovno poročilo za leto 2012 za JZZ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča, [2013]. Ljubljana: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča, pp. 11-24.
- Suzuki, T., Sonoda, S. & Misawa, K., 2005. Incidence and consequence of falls in inpatient rehabilitation of stroke patients. *Experimental Aging Research*, 31(4), pp. 457-469. <http://dx.doi.org/10.1080/03610730500206881> PMID:16147463
- Šavli, J. & Trtnik, R., 2010. Analiza padcev pacientov po možganski kapi s stališča medicinske sestre. In: Petkovšek-Gregorin, R. ed. *Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega: zbornik predavanj, Ljubljana, 15. april 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, pp. 53-58.

Vassallo, M., Sharma, J.C., Briggs, R.S. & Allen, S.C., 2003. Characteristics of early fallers on elderly patient rehabilitation wards. *Age and Ageing*, 32(3), pp. 338-342.
<http://dx.doi.org/10.1093/ageing/32.3.338>
PMid:12720623

Vodušek, D.B., 1992. Višja živčna dejavnost. *Medicinski razgledi*, 31(3), pp. 369-400.

Vrabič, M., 2011. Padci pacientov, hospitaliziranih v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije-vidik zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 55–60.

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

Citirajte kot/Cite as:

Kopitar, N., Goljar, N. & Mlinarič Lešnik, V., 2014. Aktivnosti za preprečevanje padcev v rehabilitaciji pacientov po možganski kapi in njihov učinek na incidenco padcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), 206-214. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.26>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Vpliv ovite popkovnice na pojavnost operativnega dokončanja poroda Impact of wrapped umbilical cord on the incidence of operative delivery

Tanja Petrova, Miha Lučovnik

Ključne besede: ovita popkovnica; carski rez; fetalni distres; vakuumska ekstrakcija; forceps

Key words: wrapped umbilical cord; nuchal cord; caesarean section; foetal distress; vacuum extraction; forceps

Tanja Petrova, dipl. babica;
Zdravstvena fakulteta Univerze
v Ljubljani, Zdravstvena pot 5,
1000 Ljubljana

dr. Miha Lučovnik, dr. med;
UKC Ljubljana, Ginekološka
klinika, KO za perinatologijo,
Šlajmerjeva 4, 1000 Ljubljana

Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
mihalucovnik@yahoo.com

Članek je nastal na osnovi
diplomskega dela Tanje
Petrove *Vpliv okoli vratu
ovite popkovnice na pojavnost
operativnega dokončanja poroda*
(2013).

Prejeto/Received: 27. 3. 2014
Sprejeto/Accepted: 21. 7. 2014

IZVLEČEK

Uvod: Pojavnost ovite popkovnice ob porodu je po tujih podatkih 6–37 %. Ovita popkovnica je lahko povezana z nekaterimi zapleti v nosečnosti, vendar njen vpliv na fetalni distres med porodom in operativno dokončanje poroda še ni dovolj raziskan.

Metode: Izvedli smo retrospektivno kohortno raziskavo podatkov Perinatalnega informacijskega sistema Republike Slovenije za obdobje 2002–2011. Vključili smo enojčke, rojene v glavični vstavi med 37. in 42. tednom. S testom hi-kvadrat smo ugotavljali povezavo med ovito popkovnico in operativnim dokončanjem poroda. Z multiplo logistično regresijo smo poleg vpliva ovite popkovine analizirali še potencialno moteče dejavnike: pariteta, trajanje poroda 9 ur in več, porodna teža pod 5. centilo in začetek poroda.

Rezultati: Vključili smo 173.776 porodov. Popkovnica je bila ovita pri 57.174 (33 %). Ovita popkovnica je bila v univariatni analizi povezana z operativnim dokončanjem poroda ($p < 0,001$), vendar v multivariatni analizi ni bila neodvisni dejavnik tveganja ($p = 0,311$), pač pa so to bili prva nosečnost, dolgotrajni porod, indukcija in porodna teža pod 5. centilo ($p < 0,001$).

Diskusija in zaključek: V slovenskih porodnišnicah je med porodi enojčkov v glavični vstavi ob terminu 33 % takih z ovito popkovnico, kar je več, kot navaja večina tujih raziskav. Ovita popkovnica ni neodvisni dejavnik tveganja za operativno dokončanje poroda.

ABSTRACT

Introduction: The incidence of umbilical cord wrapped around foetus' body parts at birth in the Slovenian population is not yet known. According to the statistics from foreign countries, the incidence of wrapped cord during labour is 6 % to 37 %. In addition, it is not known whether wrapped cord affects the occurrence of foetal distress during labour and leads to a higher incidence of operative delivery.

Methods: The research used the retrospective cohort study based on the data from the National Perinatal Information System. We analysed the data for period 2002 through 2011. We have included all deliveries between 37 0/7 and 41 6/7 weeks. Chi-square test was used to determine the relationship between wrapped umbilical cord and operative delivery (operative vaginal delivery - vacuum, forceps or caesarean section) ($p < 0.05$ significant). Multivariate logistic regression was used to analyse the impact of wrapped cord on operative delivery controlling for potentially confounding factors: labour duration ≥ 9 hours, birth weight < 5 th centile for gestational age, and onset of labour (induction vs. spontaneous).

Results: We included 173776 deliveries. Among these, a nuchal cord was present in 57174 cases (33 %). In the univariate analysis, the nuchal cord was significantly associated with operative delivery due to foetal distress ($p < 0.001$). In multivariate analysis, however, nuchal cord was not an independent risk factor for the operative delivery ($p = 0.311$), as were the first pregnancy, prolonged labour, induction and SGA (birth weight < 5 th centile).

Discussion and conclusion: The incidence of nuchal cord in term deliveries in Slovenia is 33 %. Wrapped umbilical cord is not an independent risk factor for operative delivery.

Uvod

Po podatkih iz literature je popkavnica ob porodu ovita pri 6–37 % vseh novorojenčkov (Dhar, et al., 1995; Schäffer, et al., 2005; Kemfang Ngowa, et al., 2011). Najnižji delež ovite popkavnice so opisali v Indiji (6 %), najvišji v Švici (37 %) in Združenih državah Amerike (35 %) (Schäffer, et al., 2005; Gao, et al., 2013). Kakšna je pojavnost ovite popkavnice v slovenski populaciji še ni bilo raziskano.

Nekatere raziskave so pokazale, da bi lahko bila ovita popkavnica povezana z nekaterimi zapleti v nosečnosti in med porodom, kot so intrauterini zastoj plodove rasti, intrauterina smrt ploda in fetalni distress med porodom (Assimakopoulos, et al., 2005; Schäffer, et al., 2005; Begum, et al., 2011; Bernad, et al., 2012; Foumane, et al., 2013). Schäffer s sodelavci (2005) je opisal povezavo med popkavnico, ovito okoli vratu, in acidozo novorojenčka ter s tem potrdil rezultate nekaterih starejših raziskav (Dhar, et al., 1995; Larson, et al., 1995; Rhoades, 1999). Podobno so Assimakopoulos in sodelavci (2005) odkrili povezavo med okoli vratu ovito popkavnico in nizko oceno po Apgar pet minut po porodu. Samo ena raziskava je do danes poročala o povečani pojavnosti fetalnega distressa in operativnih porodov ob oviti popkavnici (Dhar, et al., 1995). Raziskava je bila izvedena v Indiji leta 1995, avtorji pa so poročali o kar 61% deležu obporodne asfiksije v celotni populaciji, ne glede na to, ali je bila popkavnica ovita. V številnih novejših raziskavah pa povezava med ovito popkavnico in neželenimi izidi poroda ni bila potrjena (Sheiner, et al., 2006; Shrestha, et al., 2007; Ghosh, et al., 2008; Zahoor, et al., 2013).

Vpliv ovite popkavnice na delež operativno dokončanih vaginalnih porodov in carskih rezov v industrijsko razvitih deželah tako ostaja slabo raziskan. Ni namreč znano, ali sama ovita popkavnica vpliva na pojav fetalnega distressa med porodom in posledično na večjo pojavnost operativnega dokončanja poroda.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti pojavnost ovite popkavnice pri porodih v Sloveniji in ugotoviti, ali obstaja povezava med ovito popkavnico in pojavnostjo operativno dokončanega poroda zaradi fetalnega distressa.

Metode

Izvedli smo retrospektivno kohortno raziskavo. Podatke smo pridobili iz Perinatalnega informacijskega sistema Republike Slovenije (NPIS). V NPIS se vpisuje podatek o tem, ali je bila popkavnica ob rojstvu novorojenčka ovita, ni pa podatka, okoli katerega dela telesa je bila ovita. Tako smo lahko analizirali le podatke o oviti popkavnici ne glede na to, ali je bila le-

ta ovita okoli vratu novorojenčka (kar je najpogosteje) ali okoli katerega drugega dela telesa.

Opis instrumenta

V NPIS od leta 1987 zbiramo podatke o vseh porodih v vseh 14 slovenskih porodnišnicah. NPIS je od leta 1993 tudi uradni register rojstev in porodov v Republiki Sloveniji, vnašanje podatkov vanj pa je obvezno po Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (2000). V NPIS beležimo več kot 140 spremenljivk: demografske podatke, podatke o družinski, osebni in ginekološki anamnezi, o predhodnih nosečnostih, sedanji nosečnosti, porodu in poporodnem obdobju. Prav tako se v NPIS beležijo tudi podatki o novorojenčku.

Opis vzorca

Vzorec so sestavljale porodnice, ki so rodile v Sloveniji med leti 2002 in 2011, in sicer ob vključitvenih kriterijih: enoplodna nosečnost, gestacija od 37 0/7 do 41 6/7 tednov in glavična vstava. Preučevani izidi so bili: dokončanje poroda z vakuumsko ekstrakcijo, forcepsom ali carskim rezom in fetalni distress. Diagnoza fetalni distress je v NPIS vnesena s strani babice in porodničarja, ki spremljata porod, in je lahko dokazana s pH-metrijo med ali po porodu ali pa je postavljena na osnovi sprememb v kardiotokogramu ter znakov in simptomov pri novorojenčku (brez pH-metrije).

V raziskovanem obdobju je bilo v vseh štirinajstih slovenskih porodnišnicah 173.776 porodov, ki so ustrezali vključitvenim kriterijem. Ovita popkavnica je bila prisotna pri 57.174 (33 %) novorojenčkah.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Izvedli smo univariatno in multivariatno analizo podatkov. Pri univariatni analizi smo ugotavljali povezavo med ovito popkavnico in operativnim dokončanjem poroda s testom hi-kvadrat. Pri multivariatni analizi pa smo z logistično regresijo poleg vpliva ovite popkavnice na operativno dokončanje poroda zaradi fetalnega distressa analizirali še nekatere vnaprej določene potencialno moteče dejavnike. Neodvisna spremenljivka v modelu je bilo tako operativno dokončanje poroda ob fetalnem distressu, odvisne spremenljivke pa poleg ovite popkavnice še pariteta (prvorodnica proti mnogorodnica), trajanje poroda 9 ur in več, porodna teža pod 5. centilo za gestacijsko starost (SGA iz angl. Small for Gestational Age) in začetek poroda (spontan proti inducirano). Pri tem je bila upoštevana stopnja značilnosti $p < 0,05$.

Raziskavo je odobrila Komisija za medicinsko etiko (številka sklepa 117/04/13).

Rezultati

V raziskovanem obdobju je bilo v vseh štirinajstih slovenskih porodnišnicah 173.776 porodov, ki so ustrezali vključitvenim kriterijem. Ovita popkavnica je bila prisotna pri 57.174 (33 %) novorojenčkah. Do dokončanja poroda z vakuumsko ekstrakcijo ali forcepsom zaradi fetalnega distresa je prišlo v 1.181 primerih (0,7 %), od tega je bila popkavnica v 538 (46 %) primerih ovita. Do dokončanja poroda s carskim rezom zaradi fetalnega distresa je prišlo v 3.166 primerih (1,8 %), od tega je v 1.115 (35 %) primerih prišlo do pojava ovite popkavnice. Do operativnega dokončanja poroda s carskim rezom, vakuumsko ekstrakcijo ali forcepsom zaradi fetalnega distresa je prišlo v 4.347 (2,5 %) primerih, od tega je bila popkavnica ovita v 1.653 (38 %) primerih.

Ovita popkavnica je bila statistično značilno povezana z vakuumsko ekstrakcijo ali forcepsom zaradi fetalnega distresa ($p < 0,001$), s carskim rezom zaradi fetalnega distresa ($p < 0,001$) in vakuumsko

ekstrakcijo, forcepsom ali carskim rezom zaradi fetalnega distresa ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Poleg ovite popkavnice so bili v univariatni analizi z operativnim dokončanjem poroda zaradi fetalnega distresa statistično značilno povezani tudi prvi porod (hi-kvadrat test, $p < 0,001$), trajanje poroda več kot 9 ur (hi-kvadrat test, $p < 0,001$), indukcija poroda (hi-kvadrat test, $p < 0,001$) in SGA (hi-kvadrat test, $p < 0,001$). Vse te dejavnike smo vključili v model multiple logistične regresije. Ovita popkavnica v tem modelu ni bila neodvisni dejavnik tveganja ($p = 0,311$). Najpomembnejši neodvisni dejavnik tveganja za operativno dokončanje poroda zaradi fetalnega distresa z vakuumom, forcepsom ali carskim rezom je bil prvi porod (3,3-krat večja verjetnost, $p < 0,001$), sledili so mu SGA (1,6-krat večja verjetnost, $p < 0,001$), trajanje poroda več kot 9 ur (1,5-krat večja verjetnost, $p < 0,001$) in indukcija poroda (1,2-krat večja verjetnost, $p < 0,001$). Tabela 2 prikazuje rezultate multivariatne analize z razmerji obetov in 95% intervali zaupanja.

Tabela 1. Način poroda in pojavnost ovite popkavnice

Table 1. Type of delivery and incidence of wrapped umbilical cord

Način poroda/ Type of delivery	Ovita popkavnica/ Wrapped umbilical cord	Neovita popkavnica/ Umbilical cord not wrapped	Test hi-kvadrat / Chi-square test p
Vaginalni porod/ Vaginal delivery	55521 (33 %)	113908 (67 %)	< 0,001
Vakuumska ekstrakcija ali forceps zaradi fetalnega distresa/ Vacuum extraction/forceps due to fetal distress	538 (46 %)	643 (54 %)	< 0,001
Carski rez zaradi fetalnega distresa/ Cesarean section due to fetal distress	1115 (35 %)	2051 (65 %)	< 0,001
Vakuumska ekstrakcija, forceps ali carski rez zaradi fetalnega distresa/ Vacuum extraction/forceps or cesarean section due to fetal distress	1653 (38 %)	2694 (62 %)	< 0,001

Legenda/Legend: % – odstotek/percentage; p – vrednost/value

Tabela 2: Rezultati multivariatne analize.

Table 2: Multivariate analysis results.

Dejavniki tveganja za vakuumsko ekstrakcijo, forceps ali carski rez zaradi fetalnega distresa/ Risk factors for vacuum extraction/forceps or cesarean section due to fetal distress	Razmerje obetov/ Odds ratio	95% interval zaupanja/ 95 % confidence interval
Prvorodnice/Primiparous women	3,3	3,0-3,5
Trajanje poroda več kot 9 ur/ Duration of labor ≥ 9 hours	1,5	1,3-1,8
SGA Small for Gestational Age	1,6	1,5-1,9
Inducirani porod/ Induction of labor	1,2	1,1-1,3
Ovita popkavnica/ Wrapped cord	1,0	0,9-1,0

Diskusija

V raziskavi smo proučevali pojavnost ovite popkovnice v opazovanem obdobju 2002–2011 v Sloveniji. Pri univariatni analizi smo ugotovili, da obstaja povezava med ovito popkovnico in operativnim dokončanjem poroda zaradi fetalnega distresa. Pri multivariatni analizi pa ovita popkovnica ni bila neodvisni dejavnik tveganja, pač pa so to bili prvi porod, dolgotrajni porod, indukcija in SGA.

Delež ovitih popkovnic v Sloveniji je bil pri enojčkih ob terminu poroda 33 %. To je pomemben rezultat naše analize, saj v Sloveniji pojavnost ovite popkovnice do sedaj še ni bila raziskana. Delež ovitih popkovnic je višji kot ga navaja večina do sedaj objavljenih tujih raziskav (Dhar, et al., 1995; Sheiner, et al., 2006; Begum, et al., 2011; Kemfang Ngowa, et al., 2011). Poudariti moramo, da je bila večina tovrstnih raziskav opravljenih na veliko manjšem vzorcu od našega. Naša analiza je namreč zajela kar 173.776 porodov. Sheiner in sodelavci (2006) so izvedli po obsežnosti primerljivo raziskavo na vzorcu 166.318 porodov v Izraelu. Pojavnost ovite popkovnice pri njih je bila 14,7 %, zopet precej manjša od ugotovljene v Sloveniji. Primerljivo pogostnost ovite popkovnice – nad 30 % – so opisali Larson in sodelavci (1995) v ZDA na vzorcu 8.565 porodov in Schäffer ter sodelavci (2005) v Švici na vzorcu 11.748 porodov. Najverjetnejša razlaga za večjo pogostost ovite popkovnice v slovenski populaciji v primerjavi z večino do sedaj objavljenih podatkov je, da so omenjeni tuji avtorji proučevali le pojav popkovnice, ovite okoli vratu, medtem ko v NPIS zbiramo podatke o »oviti popkovnici«, pri čemer je le-ta lahko ovita tudi okoli drugih plodovih delov (trupa, nog, rok). V nadaljnjih raziskavah bi se bilo smiselno osredotočiti na vprašani, kolikšen delež ovite popkovnice pri nas resnično predstavlja popkovnico, ovito okoli vratu, in ali je za perinatalne rezultate pomembno, okoli katerega dela plodovega telesa je popkovnica ovita. V ta namen je potrebno nadgraditi zbiranje podatkov in natančno opredeliti, za kakšen primer ovite popkovnice gre.

V naši raziskavi smo ugotovili, da ovita popkovnica ni neodvisni dejavnik tveganja za operativno dokončanje poroda zaradi fetalnega distresa. Do iste ugotovitve so prišli tudi drugi avtorji tako v industrijsko razvitih deželah kot tudi v deželah v razvoju (Sheiner, et al., 2006; Shrestha, et al., 2007; Ghosh, et al., 2008; Zahoor, et al., 2013). Nekatere druge raziskave pa so pokazale, da bi lahko ovita popkovnica vplivala na večjo pogostnost fetalnega distresa med porodom in posledično na več operativnih dokončanj poroda (Dhar, et al., 1995; Larson, et al., 1995; Rhoades, et al., 1999; Assimakopoulos, et al., 2005; Schaffer, et al., 2005). Zelo pomembno je poudariti, da je bila v univariatni analizi ovita popkovnica tudi v slovenski populaciji povezana z operativnimi dokončanja poroda, vendar lahko tovrstne rezultate pravilno vrednotimo le upoštevajoč številne druge znane dejavnike tveganja za

fetalni distress med porodom in operativno dokončanje poroda. Z multivariatno analizo se je tudi v naši raziskavi pokazalo, da ovita popkovnica sama po sebi ne poveča tveganja za fetalni distress in posledično operativni porod. Razen raziskave Rhoadesa in sodelavcev (1999) ter Assimakopoulosa in sodelavcev (2005) so vsi avtorji uporabili le univariatno analizo, kar lahko, to smo dokazali z našo raziskavo, vodi v povsem napačne zaključke. V raziskavi Assimakopoulosa in sodelavcev (2005) so bile ovite popkovnice povezane z neželenimi izidi poroda le v univariatni analizi, medtem ko, podobno kot v naši raziskavi, ovita popkovnica ni bila neodvisni dejavnik tveganja. Podatek, da ovita popkovnica ni neodvisni dejavnik tveganja, je pomemben za svetovanje staršem, pri katerih se je ob ultrazvočnem pregledu v nosečnosti ugotovilo, da ima plod ovito popkovnico.

Poudariti moramo, da zaradi retrospektivne narave raziskave ne moremo z gotovostjo trditi, da je bilo operativno dokončanje poroda dejansko narejeno izključno zaradi fetalnega distresa. Analizirali smo namreč podatek o indikaciji za operativni porod iz NPIS, vendar je lahko fetalni distress povezan tudi z zastojem rasti ploda in drugimi dejavniki. Za natančno ovrednotenje pomena posameznih indikacij za operativni porod bi bilo potrebno izvesti prospektivno raziskavo. Na podlagi naših podatkov lahko zaključimo, da je v primerih operativnega dokončanja poroda fetalni distress enako pogost pri oviti ali neoviti popkovnici.

Zaključek

V slovenski populaciji enojčkov, rojenih ob terminu poroda in v glavični vstavi, je popkovnica ovita v 33 %. Ovita popkovnica ni neodvisni dejavnik tveganja za operativno dokončanje poroda. Rezultati naše raziskave so pomembni za vsakodnevno klinično delo. Raziskava bo namreč omogočila bolj objektivno svetovanje v primeru ultrazvočno odkrite ovite popkovnice. V nadaljnjih raziskavah bi bilo smiselno preučiti, zakaj je bila v naši analizi pojavnost ovite popkovnice precej višja od opisane v tuji literaturi. Prav tako bo potrebno v nadaljnjih raziskavah ugotoviti morebitno povezanost med ovito popkovnico in nekaterimi drugimi zapleti, na primer zastojem plodove rasti in intrauterino smrtjo ploda.

Literatura

- Assimakopoulos, E., Zafrakas, M., Garmiris, P., Goulis, D.G., Athanasiadis, A.P., Dragoumis, K., et al., 2005. Nuchal cord detected by ultrasound at term is associated with mode of delivery and perinatal outcome. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 123(2), pp. 188–192. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2005.02.026>
PMid:15941615

- Begum, A.A., Sultana, H., Hasan, R. & Ahmed, M., 2011. A clinical study of fetal outcome in cases of nuchal cord. *Journal of Armed Forces Medical College Bangladesh*, 7(1), pp. 25–27. <http://dx.doi.org/10.3329/jafmc.v7i1.8622>
- Bernad, E.S., Craina, M., Tudor, A. & Bernad, S.I., 2012. Perinatal outcome associated with nuchal umbilical cord. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 39(4), pp. 494–497. PMID:23444751
- Dhar, K.K., Ray, S.N. & Dhall, G.I., 1995. Significance of nuchal cord. *Journal of the Indian Medical Association*, 93(12), pp. 451–453. PMID:8773129
- Foumane, P., Nkomom, G., Telesphore Mboudou, E., Dohbit Sama, J, Nguefack, S. & Moifo, B., 2013. Risk factors of clinical birth asphyxia and subsequent newborn death following nuchal cord in a low-resource setting. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3(9), pp. 642–647. <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2013.39117>
- Gao, Y., Xue, Q., Chen, G., Stone, P., Zhao, M. & Chen, Q., 2013. An analysis of the indications for cesarean section in a teaching hospital in China. *European Journal of Obstetrics Gynecology & Reproductive Biology*, 170(2), pp. 140–148. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.08.009> PMID:23978503
- Ghosh, G.S. & Gudmundsson, S., 2008. Nuchal cord in post-term pregnancy-relationship to suspected intrapartum fetal distress indicating operative intervention. *Journal of Perinatal Medicine*, 36(2), pp. 142–144. <http://dx.doi.org/10.1515/JPM.2008.012> PMID:18211253
- Kemfeng Ngowa, J.D., Kasia, J.M., Nsangou, I., Zedjom, C., Domkam, I., Morfaw, F., et al., 2011. Nuchal cord and perinatal outcome at the Yaounde General Hospital, Cameroon. *Clinics in Mother and Child Health*, 8(2011), pp. 1–4.
- Larson, J.D., Rayburn, W.F., Crosby, S. & Thurnau, G.R., 1995. Multiple nuchal cord entanglements and intrapartum complications. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 173(4), pp. 1228–1231. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)91359-9](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(95)91359-9) PMID:7485326
- Rhoades, D.A., Latza, U. & Mueller, B.A., 1999. Risk factors and outcomes associated with nuchal cord. A population-based study. *Journal of Reproductive Medicine*, 44(1), pp. 39–45. PMID:9987738
- Schäffer, L., Burkhardt, T., Zimmermann, R. & Kurmanavicius, J., 2005. Nuchal cords in term and postterm deliveries – Do we need to know? *Obstetrics & Gynecology*, 106(1), pp. 23–28. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000165322.42051.0f> PMID:15994613
- Sheiner, E., Abramowicz, J.S., Levy, A., Silberstein, T., Mazor, M. & Hershkovitz, R., 2006. Nuchal cord is not associated with adverse perinatal outcome. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 274(2), pp. 81–83. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-005-0110-2> PMID:16374604
- Shrestha, N.S. & Singh, N., 2007. Nuchal cord and perinatal outcome. *Kathmandu University Medical Journal*, 5(3), pp. 360–363. PMID:18604054
- Zahoor, F., Minhas, Z. & Zaki, A., 2013. Perinatal outcome of nuchal cord. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 27(2), pp. 174–178.
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ)*, 2000. Uradni list Republike Slovenije št. 65.

Cite as/Citirajte kot:

Petrova, T. & Lučovnik, M., 2014. Vpliv ovite popkovnice na pojavnost operativnega dokončanja poroda. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 215–219. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.27>

Izvirni znanstveni članek/Original scientific article

Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov Attitude and knowledge of nursing clinical mentors about patient safety

Andrej Robida

Ključne besede: varnost pacientov; izobraževanje; zdravstvena nega; mentorji

Key words: patient safety; education; nursing; mentors

izr. prof. dr. Andrej Robida, dr. med., Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave, Blejska cesta 13, 4260, Bled; Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Spodnji Plavž 3, 2470, Jesenice

*Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:*
andrej.robida@prosunt.si

IZVLEČEK

Uvod: Klinični mentorji v zdravstveni negi potrebujejo sodobno znanje in veščine za prenos znanj na študente pri kliničnem usposabljanju. Namen raziskave je bil ugotoviti pogled in znanje o varnosti pacientov pri kliničnih mentorjih Fakultete za zdravstvo Jesenice (FZJ).

Metode: Uporabljen je bil preveden vprašalnik Svetovne zdravstvene organizacije o razumevanju varnosti in znanju o varnosti pacientov s priložnostnim vzorcem kliničnih mentorjev, ki so se udeležili delavnice o izboljševanju kakovosti v zdravstvu v organizaciji FZJ, odzivnost je bila 52 % ($n = 36$). Obdelava podatkov je bila narejena s statističnim programom SPSS verzija 20 z uporabo Kruskal-Wallisovega testa in binarne logistične regresije.

Rezultati: V sklopu osebnega odnosa do varnosti pacientov je bilo pozitivnih odgovorov preko 90 %. Rezultati ocene lastnega znanja o varnosti pacientov, varnosti zdravstvenega sistema, vpliva posameznika na varnost pa niso dosegli ravni, ki bi zagotavljala dobro varnost pacientov – odstotek pravih odgovorov za vseh enajst tem o znanju varnosti pacientov je bil 25,5 %. Delovna doba v sedanjem poklicu in število ur predhodnega formalnega izobraževanja niso napovedovale verjetnosti dobrega celokupnega znanja o varnosti pacientov ($\chi^2(4, N = 31) = 8,83, p = 0,07$).

Diskusija in zaključek: Rezultati raziskave so pokazali pomanjkljivo znanje o varnosti pacientov pri kliničnih mentorjih. Pri kliničnih mentorjih zdravstvene nege je potrebno usposabljanje s področja varnosti pacientov.

ABSTRACT

Introduction: Nursing clinical mentors need current knowledge and skills to successfully train nursing students. The aim of this research was to evaluate the attitude and knowledge of patient safety among clinical mentors of the Faculty for Health Care Jesenice (FHCJ).

Methods: Opportunity sampling was used among clinical nursing mentors who participated in the workshop on quality in health care in the organization of FHCJ. A translated World Health Organization questionnaire about attitudes and knowledge on patient safety was used. The response rate was 52 % ($n = 36$). Kruskal-Wallis and logistic regression tests were employed with SPSS, version 20.

Results: In the domain of personal attitudes towards patient safety more than 90 % of answers were positive. Student attitudes of knowledge about patient safety, safety of the health care system and personal influence over safety did not reach the level of good patient safety practice. The overall percentage of correct answers about patient safety knowledge was 25.5 %. The number of years in nursing and the number of hours of previous formal education did not predict the level of correct answers about patient safety - ($\chi^2(4, N = 31) = 8.83, p = 0.07$).

Discussion and conclusion: In this research nursing clinical mentors demonstrated an insufficient knowledge about patient safety.

Uvod

Škodljivi dogodki zaradi napak pri zdravstveni obravnavi zavzemajo epidemiološke razsežnosti (Boxwala, et al., 2004; Veterans Health Administration National Center for Patient Safety, 2014). V Združenih državah Amerike se število smrtnih škodljivih dogodkov giblje med 44.000 in 98.000 na leto in približno polovico le-teh bi bilo mogoče preprečiti (Kohn, et al., 2000). Za Slovenijo je ocena škodljivih dogodkov v akutnih bolnišnicah okrog 35.000 in ocena tistih, ki se končajo s smrtjo, med 400 in 900 na leto. Ko pride do napake s škodo za pacienta, se v Sloveniji še vedno osredotočimo na posameznika (Derganc & Robida, 2011; Robida, et al., 2013) in že s tem, poleg zastarele zakonodaje, delamo še več škode, saj zdravstveni strokovnjaki zato napake skrivajo, namenoma jih pripisujejo komplikacijam, izvaja se defenzivna medicina (Robida, 2012). V Sloveniji namesto kulture varnosti pacientov prevladuje kultura strahu (Robida, 2004; Robida, 2013).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) priporoča, da se kurikulum o varnosti pacientov uvede na medicinske fakultete in druge zdravstvene šole (World Health Organization, 2008; 2011). Raziskava med fakultetami in visokimi šolami za zdravstvene poklice iz leta 2008 (Robida, 2008) je pokazala, da v Sloveniji izobraževanja in usposabljanja za varnost pacientov skorajda ni, saj ga je imela le ena zdravstvena šola. V letu 2013/14 je bil program varnosti pacientov prvič predstavljen tudi na Medicinski fakulteti v Mariboru, vendar v okrnjeni obliki, saj je bilo na voljo le nekaj ur v 4. letniku pri izbirnem predmetu pediatrije, kar ne zagotavlja zadostnega znanja in tudi ne vzdržnosti programa. Od zdravstvenih šol je edina, ki je v celoti vpeljala večpoklicni kurikulum SZO v letu 2011/2012 na podiplomski ravni, FZJ, ki je bila tudi dodatni center SZO za oceno tega kurikulumu. Poleg teoretičnega dela v obveznem predmetu »Procesna metodologija dela – kakovost v zdravstvu in zdravstveni negi« na programu prve stopnje Zdravstvena nega fakulteta želi vpeljati metode in orodja varnosti pacientov v praktično usposabljanje svojih dodiplomskih študentov. Za praktično usposabljanje so odgovorni klinični mentorji v zdravstveni negi, ki naj bi poleg intervencij zdravstvene nege študente naučili tudi večšin izvajanja varne zdravstvene prakse. Zaradi tega je fakulteta v okviru šole za klinične mentorje v letu 2013 v program vključila tudi vsebine o varnosti pacientov, da bi spodbudila klinične mentorje pri pridobivanju kompetenc s področja varnosti pacientov.

Medicinske sestre so največja poklicna skupina zdravstvenih strokovnjakov in so največ časa s pacienti ter zato v najboljšem položaju za izboljševanje varnosti pacientov. Klinični mentorji imajo zelo pomembno vlogo pri vpeljavi večšin varnosti pacientov pri učenju praktičnega dela študentov zdravstvene nege in morajo zato imeti znanje in veščine, da jih lahko prenesejo na

študente. Naravno je, da študentje posnemajo svoje učitelje, kako le-ti delajo in kako se obnašajo. Mlajšim generacijam morajo učitelji in klinični mentorji biti vzorniki, kar pomeni, da se morajo sami obnašati tako, kot naj bi se obnašali bodoči zdravstveni strokovnjaki (World Health Organization, 2011).

Namen raziskave je bil ugotoviti razumevanje in znanje o varnosti pacientov pri kliničnih mentorjih zdravstvene nege. Cilj raziskave je bil na osnovi dobljenih rezultatov načrtovati nadaljnje izobraževalne aktivnosti pri kliničnih mentorjih FZJ.

Metode

Izvedli smo neeksperimentalno kvantitativno raziskavo, tehnika zbiranja podatkov je bila anketiranje.

Opis instrumenta

Uporabili smo preveden vprašalnik World Health Organization (2011) o pogledu in znanju o varnosti pacientov, ki je bil pripravljen na podlagi večpoklicnega kurikulumu varnosti pacientov (Attitude questions on understanding of patient safety, Knowledge questions on patient safety topics). Vprašalnik je v prvem delu spraševal o oceni lastnega znanja o varnosti pacientov, varnosti zdravstvenega sistema, vplivu posameznika na varnost in osebnem odnosu do varnosti pacientov z ocenjevalno Likertovo lestvico od 1 do 5, kjer sta 1 in 2 pri oceni lastnega znanja pomenili »majhno«, 4 in 5 »veliko« in 3 »zmerno«. Pri ostalih treh sklopih prvega dela vprašalnika je 1 označevala »sploh se ne strinjam«, 2 »se ne strinjam, 3 »sem nevtralen«, 4 »se strinjam« in 5 »zelo se strinjam«. Drugi del vprašalnika je spraševal o razumevanju vseh enajst tem kurikulumu SZO (splošno o varnosti pacientov; človeški dejavniki – ergonomija; razumevanje sistemov in vpliv kompleksnosti na zdravstveno obravnavo pacientov; timsko delo; razumevanje napak in učenje iz napak; tveganje zdravstvene obravnave; metode izboljševanja; sodelovanje pacientov in svojcev; zmanjševanje z zdravstveno obravnavo povezanih okužb; varnost operacij in invazivnih postopkov ter izboljševanje ravnanja z zdravili). Pri ugotavljanju znanja o varnosti pacientov so anketiranci odgovarjali z izbiro enega ali več od naštetih možnih odgovorov.

Cronbachov koeficient alfa je pokazal dobro notranjo konzistenco v sklopu ocene lastnega znanja o varnosti pacientov (0,9) in varnosti zdravstvenega sistema (0,8). Pri vplivu posameznika na varnost in pri osebnem odnosu do varnosti pacientov je bil Cronbachov koeficient alfa 0,6. Kadar je Cronbachov koeficient alfa manj kot 0,7, je potreben prikaz korelacije posamezne postavke s celotnim sklopom. Nizka vrednost korelacijskega koeficienta (pod 0,3) pomeni, da postavka meri nekaj drugega kot meri celotni sklop (Briggs & Check, 1986). Pri vplivu

posameznika na varnost je bila korelacijska vrednost med popravljenima postavkama »Sposoben sem govoriti o svojih lastnih napakah« in »Verjamem, da bo izpolnjevanje obrazcev za sporočanje napak (odklonov) izboljšalo varnost pacientov« in celotnim sklopom 0,2 in 0,1. V sklopu osebni odnos do varnosti pacientov je bila korelacijska vrednost med popravljenimi postavkami »Do konca izobraževanja v zdravstveni šoli se je zame pomembno naučiti, kako naj najbolje priznam in ravnam ob svojih napakah« in celotnim sklopom 0,1.

Opis vzorca

Pri raziskavi smo uporabili priložnostni vzorec, saj smo jo izvedli med kliničnimi mentorji zdravstvene nege, ki so se udeležili 6. Šole za klinične mentorje taktatne Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice (danes FZJ) januarja 2013 ($n = 69$). Anketiranje je potekalo anonimno in prostovoljno. Na vprašalnik je odgovorilo 36 (52 %) kliničnih mentorjev. 86 % ($n = 31$) kliničnih mentorjev zdravstvene nege se je že kdaj prej udeležilo izobraževanja o varnosti pacientov v trajanju od 2 do več kot 100 ur (najmanj 2 uri 16 % ($n = 6$), več kot 100 ur 6,5 % ($n = 2$), največ anketiranih (35,5 %, $n = 13$) se je izobraževanja udeležilo v obsegu 6–12 ur). 69,4 % ($n = 25$) jih je bilo v neposrednem stiku s pacientom pri vsakdanjem delu, v sedanjem poklicu jih 66,6 % ($n = 24$) dela od 16 do več kot 21 let.

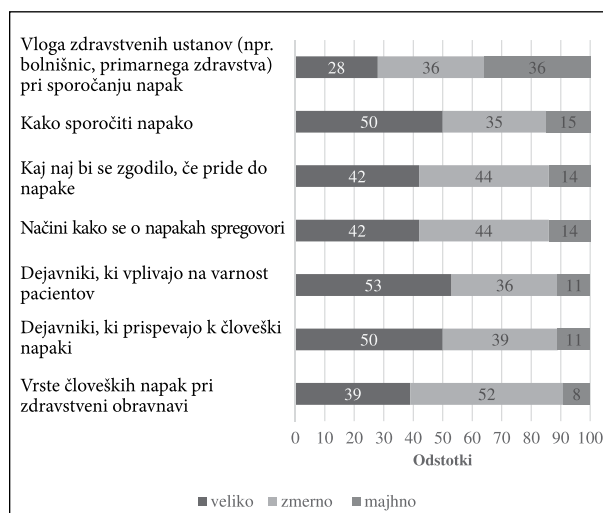
Potek raziskave in opis obdelave podatkov

Raziskava je potekala anonimno in prostovoljno z dovoljenjem organizatorice izobraževanja na dan izobraževanja kliničnih mentorjev iz kakovosti, vodenja in varnosti pacientov v zdravstvu in zdravstveni negi. Udeleženci so prejeli vprašalnik z ustnimi in pisnimi navodili za izpolnjevanje. Respondenti so vprašalnike vrnili na koncu izobraževanja. Za obdelavo podatkov smo uporabili opisno statistiko, kjer smo rezultate prikazali z izračunom frekvenc odgovorov za vsako trditev v anketnem vprašalniku. Likertovo lestvico smo skrčili na 3 mere: pozitivno, nevtralno, negativno. Pozitivno je pomenilo odstotek odgovorov, ki so bili ocenjeni s 4 ali 5 (»veliko« pri oceni lastnega znanja o varnosti pacientov in »strinjam se«, »zelo se strinjam« pri oceni varnosti zdravstvenega sistema, vpliva posameznika na varnost in osebne odnosa do varnosti pacientov), nevtralno je pomenilo odstotek odgovorov ocenjenih s 3 (»zmerno« oz. »sem nevtralen«), negativno je pomenilo odstotek odgovorov ocenjenih z 1 ali 2 (»majhno« oz. »se ne strinjam«, »sploh se ne strinjam«). Izračunali smo tudi povprečni odstotek pozitivnih odgovorov za vsak sklop. Notranjo konzistenco prvega dela vprašalnika za vsakega od štirih sklopov smo preverjali s Cronbachovim koeficientom alfa.

Lastno oceno varnosti, varnosti zdravstvenega sistema, vpliva posameznika na varnost in osebne odnosa do varnosti pacientov smo šteli za dobro, če so respondenti pozitivno odgovorili v obsegu 75 % ali več. Za prioritete priložnosti za izboljšave smo vzeli tiste odgovore, ki jih je pozitivno ocenilo 50 % respondentov ali manj. Pri področjih za izboljšave je meja postavljena nižje, kar pomeni, da polovica anketirancev ni imela pozitivnega mnenja o varnosti pacientov. Te umetne meje smo postavili na podlagi raziskav o kulturi varnosti pacientov (Sorra & Dyer, 2010; Robida, 2013). S Kruskal-Wallisovim testom smo ugotavljali razlike med delovno dobo v sedanjem poklicu in varnostjo pacientov ter številom ur predhodnega formalnega izobraževanja s področja varnosti pacientov in zaznavanja napak. Z binarno logistično regresijo smo ocenili vpliv delovne dobe v sedanjem poklicu in vpliv števila ur predhodnega formalnega izobraževanja ter verjetnost dobrega celokupnega znanja o varnosti pacientov. Za mejo statistične značilnosti smo vzeli $p < 0,05$. Uporabili smo program SPSS, verzija 20.

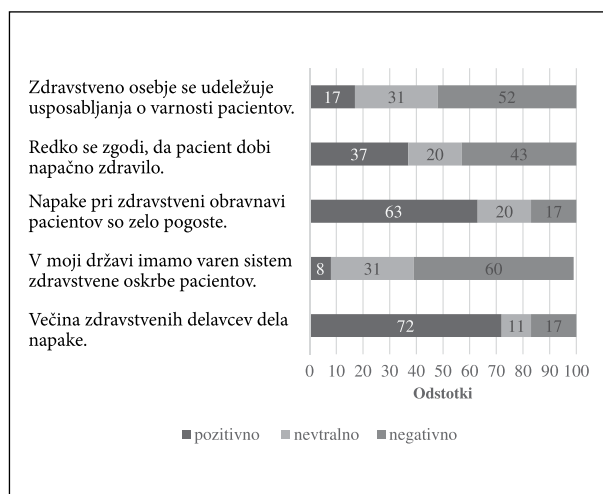
Rezultati

Oceno lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov, varnosti zdravstvenega sistema, vpliva posameznika na varnost in osebne odnosa do varnosti pacientov kažejo slike od 1 do 4. Na vsaki sliki prvi del paličastega grafikona predstavlja pozitivne odgovore, srednji del nevtralne in zadnji del negativne odgovore, prikazane v odstotkih.



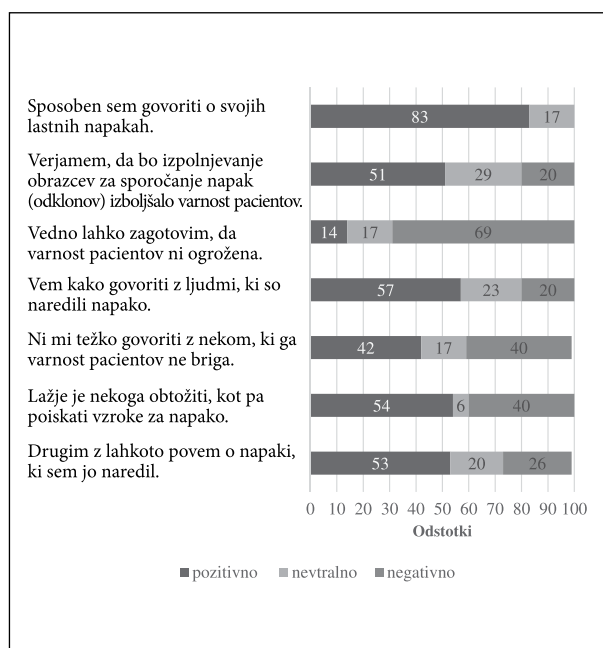
Slika 1. Ocena lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov

Figure 1. Self-assessed level of patient safety knowledge
*Odstotki so zaokroženi glede na decimalno vrednost, vsota je tako lahko 99 % ali 101 %. / *Percentages are rounded to full numbers according to the decimal value thus the sum can be 99 % or 101 %.



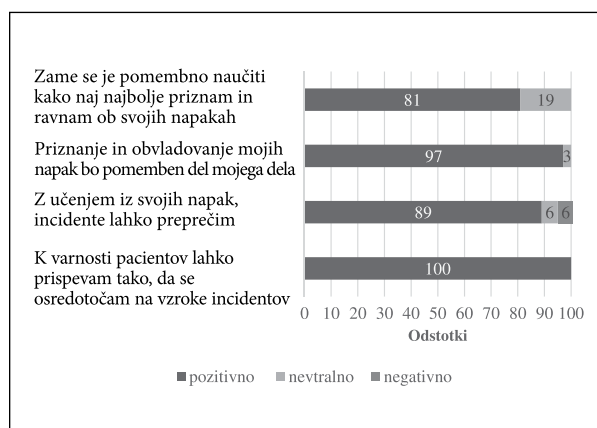
Slika 2. Ocena varnosti zdravstvenega sistema
Figure 2. Safety of the healthcare system.

*Odstotki so zaokroženi glede na decimalno vrednost, vsota je tako lahko 99 % ali 101 %. / *Percentages are rounded to full numbers according to the decimal value thus the sum can be 99 % or 101 %.



Slika 3. Ocena vpliva posameznika na varnost pacientov
Figure 3. Personal influence over patient safety

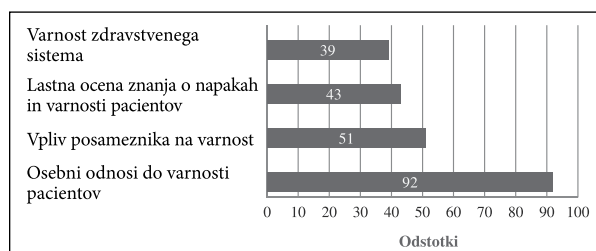
*Odstotki so zaokroženi glede na decimalno vrednost, vsota je tako lahko 99 % ali 101 %. / *Percentages are rounded to full numbers according to the decimal value thus the sum can be 99 % or 101 %.



Slika 4. Ocena osebnega odnosa do varnosti pacientov
Figure 4. Personal attitude to patient safety

*Odstotki so zaokroženi glede na decimalno vrednost, vsota je tako lahko 99 % ali 101 %. / *Percentages are rounded to full numbers according to the decimal value thus the sum can be 99 % or 101 %.

Skupna ocena področij varnosti pacientov je vidna na Sliki 5.



Slika 5. Pozitivni odgovori za štiri sklope odnosa do napak in varnosti pacientov

Figure 5. Positive answers in four domains of patient safety

Znanje o varnosti pacientov je prikazano v Tabeli 1. Odstotek pravih odgovorov za vseh enajst tem je bil 25,5 %.

Najboljši rezultat za posameznega respondenta je znašal 51,6 %, najslabši 6,5 %.

Med tremi skupinami trajanja dela v sedanjem poklicu (do 15 let, $n = 12$; 16–20 let, $n = 12$; več kot 21, $n = 12$) ni bilo statistično značilnih razlik pri oceni lastnega znanja o napakah in varnosti pacientov ($\chi^2 (2, N = 36) = 0,91, p = 0,6$), pri oceni varnosti zdravstvenega sistema ($\chi^2 (2, N = 36) = 1,52, p = 0,5$), pri oceni vpliva posameznika na varnost ($\chi^2 (2, N = 36) = 3,04, p = 0,2$) ter pri oceni osebnega odnosa do varnosti pacientov ($\chi^2 (2, N = 36) = 2,01, p = 0,4$). 31 respondentov se je udeležilo predhodnega formalnega izobraževanja o varnosti pacientov (do 5 ur, $n = 9$; 6–20 ur, $n = 11$; 20–100 ur, $n = 11$). Med temi tremi skupinami števila ur izobraževanja ni bilo statistično značilnih razlik pri oceni lastnega znanja o napakah in

Tabela 1. Znanje o varnosti pacientov

Table 1. Knowledge of patient safety

Številka teme/ Topic number	Teme/ Topics	% pravilnih odgovorov/% of correct answers
1.	Varnost pacientov, splošno (2)*	23,6
2.	Pomen upoštevanja človeških dejavnikov za varnost pacientov (3)	4,6
3.	Razumevanje sistemov in učinek kompleksnosti na zdravstveno oskrbo (3)	26,9
4.	Biti uspešen član tima (3)	28,7
5.	Razumevanje in učenje iz napak za preprečevanje škode (3)	34,3
6.	Razumevanje in obvladovanje kliničnega tveganja (2)	45,3
7.	Uporaba metod za izboljševanje kakovosti za izboljševanje zdravstvene obravnave (2)	19,5
8.	Sodelovanje s pacienti in njihovimi oskrbovalci (2)	12,5
9.	Preprečevanje in kontrola okužb (4)	29,2
10.	Varnost pacientov in invazivni postopki (2)	34,8
11.	Izboljševanje varnosti pri ravnanju z zdravili (3)	18,1

Legenda/Legend: % – odstotek/percentage; *Število vprašanj pri posamezni temi/ the number of questions under each topic

varnosti pacientov ($\chi^2 (2, N = 31) = 0,85, p = 0,9$), pri oceni varnosti zdravstvenega sistema ($\chi^2 (2, N = 31) = 2,07, p = 0,4$), pri oceni vpliva posameznika na varnost ($\chi^2 (2, N = 31) = 0,28, p = 0,9$) ter pri oceni osebnega odnosa do varnosti pacientov ($\chi^2 (2, N = 31) = 1,31, p = 0,5$).

Binarna logistična regresija je pokazala, da delovna doba v sedanjem poklicu in število ur predhodnega formalnega izobraževanja ne napovedujeta verjetnosti dobrega celokupnega znanja o varnosti pacientov ($\chi^2 (4, N = 31) = 8,83, p = 0,07$).

Diskusija

Raziskava je pokazala, da je bilo v sklopu osebnega odnosa do varnosti pacientov pozitivnih odgovorov prek 90 %. Prav tako so tudi posamezne postavke presegale mejo 75 %. Kaže, da se klinični mentorji dobro zavedajo pomena lastnih dolžnosti za izboljševanje varnosti pacientov. To je razumljivo, saj je bil za časa njihovega šolanja poudarek na individualni odgovornosti brez poudarka systemskega pristopa k izboljševanju varnosti pacientov. Možna razlaga za dobro oceno je lahko tudi socialna zaželenost, ki pomeni, da respondenti odgovarjajo tako, da so na občutljivih področjih njihovi odgovori videti dobro (Tourangeau & Yan, 2007). Rezultati ostalih treh sklopov: znanje o varnosti pacientov, varnost zdravstvenega sistema, vpliv posameznika na varnost; niso dosegli ravni, ki bi zagotavljala dobro varnost pacientov, kar kaže na to, da še vedno ni systemskega razmišljanja o pristopu k varnosti pacientov. Polovica postavk teh sklopov predstavlja prioritarno priložnost za izboljšave in nobena ne dosega dobre ocene.

Primerjava naših rezultatov in rezultatov študentov zdravstvene nege FZJ in študentov zdravstvene nege,

babištva, zobozdravstva in farmacije šestih regij SZO (Robida, 2014) je pokazala podobne vrzeli v znanju in podoben odnos do varnosti pacientov. Mišljenja kliničnih mentorjev in študentov FZJ kažejo, da je veliko problemov na področju varnosti pacientov tudi v samem sistemu zdravstva.

Delovna doba v sedanjem poklicu in število ur formalnega izobraževanja o varnosti pacientov nista vplivala na rezultate znanja o varnosti pacientov. Za delovno dobo bi bilo to lahko razumljivo, saj se navade z leti težko spreminjajo, če za to ni formalnih ali regulatornih zahtev. Težje je razložiti pomanjkanje vpliva formalnega izobraževanja za varnost pacientov, ki se ga je udeležilo 86 % respondentov. Možna je razlaga, da ni šlo za formalno izobraževanje, da le-to ni vključevalo praktične uporabe metod in orodij za varnost pacientov ali pa da ni bilo poslušna vodstva za njihovo uvedbo v klinično prakso. Naš rezultat je lahko tudi pristranski, saj je bil vzorec majhen.

Z raziskavo smo ugotovili, da je znanje o varnosti pacientov med kliničnimi mentorji v zdravstveni negi pomanjkljivo, saj je bilo pozitivnih odgovorov le četrtnina. Na znanje niso vplivala niti delovna leta v poklicu, niti število ur formalnega izobraževanja o varnosti pacientov. Ridley (2008) s pregledom literature, objavljene v zadnjih dvajsetih letih, tudi ni našel povezave med ravni izobrazbe medicinskih sester in dobro varnostjo pacientov, vendar raziskava ni opredelila kompetenc različnih ravni izobrazbe.

Če želimo izvajati varno zdravstveno prakso, moramo upoštevati izsledke te raziskave, ki kažejo, da morajo klinični mentorji pridobiti kompetence s področja varnosti pacientov, osnovane po novem systemskem pristopu, sicer se bodo študentje pri kliničnem usposabljanju naučili predvsem tehničnih veščin in poudarka samo na individualni odgovornosti za napake in varnost pacientov.

Omejitve raziskave

Rezultatov ne moremo posplošiti na populacijo kliničnih mentorjev v zdravstveni negi v Sloveniji, saj je šlo za majhen priložnostni vzorec udeležencev programa izobraževanja kliničnih mentorjev. Tudi odstotek respondentov je bil le 52 %, kar je lahko tudi pokazatelj o odnosu kliničnih mentorjev do varnosti pacientov ali na splošno do tovrstnih raziskav. Postavke vprašalnika, ki ga je pripravila SZO, v vsakem sklopu mnogo bolje korelirajo s svojim kot pa z ostalimi tremi sklopi (Farley, et al., 2013). V naši raziskavi zaradi majhnega števila respondentov nismo mogli, razen izračuna zanesljivosti, izvesti psihometričnega testiranja. Pri vprašanju o številu ur formalnega izobraževanja so klinični mentorji verjetno šteli vse ure, kjer so se izobraževali s področja varnosti pacientov v okviru vseživljenjskega učenja, saj je formalnega izobraževanja v Sloveniji zelo malo. Vprašljiva je tudi napovedna vrednost verjetnosti dobrega celokupnega znanja o varnosti pacientov in njegove povezave s formalnim izobraževanjem.

Pri vplivu posameznika na varnost in pri osebni odnosu do varnosti pacientov je bil Cronbachov koeficient alfa nizek, zato je zanesljivost vprašljiva. Tudi korelacijska vrednost med vsako posamezno postavko in celotnim sklopom je bila nizka. Ti dve postavki bi v primeru, da bi sestavljali lastni vprašalnik, lahko odstranili, vendar bi tako onemogočili primerjavo z drugimi raziskavami, ki uporabljajo ali bodo uporabljale vprašalnik SZO. Tako smo te postavke zadržali.

Majhen vzorec je lahko povzročil tudi sistematično pristranost (Nemes, et al., 2009). Zaradi tega je zaključek, da delovna doba v sedanjem poklicu in število ur formalnega izobraževanja ne napovedujeta ocene znanja o varnosti pacientov, preuranjen. Potrebna bo raziskava na večjem vzorcu z bolj natančno definicijo formalnega izobraževanja.

Zaključek

Z našo raziskavo smo ugotovili pomanjkljivo znanje o varnosti pacientov pri kliničnih mentorjih. Razen pri zaznavanju osebnega odnosa do varnosti pacientov so se slabi rezultati izkazali tudi v sklopih varnost zdravstvenega sistema, lastno znanje o napakah in varnosti pacientov in vpliv posameznika na varnost pacientov. Rezultati kažejo, da je izobraževanje in usposabljanje kliničnih mentorjev na področju varnosti pacientov pomanjkljivo. Menimo, da vrzeli o sodobnem znanju o varnosti pacientov obstajajo pri vseh poklicnih skupinah v zdravstvu. Potrebno jih bo raziskati, da varnost pacientov ne bo samo na papirju zapisana prioriteta in da se bomo lahko znebili škodljivega osebnega pristopa k napakam in kriminalizacije napak, ki se zgode ob zdravstveni obravnavi pacientov.

Opomba

Raziskava je bila opravljena v okviru 6. Šole za klinične mentorje: *Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje*. Šesto šolo je financirala Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada ter Ministrstvo za izobraževanje, znanost, kulturo in šport. Raziskava je potekala v okviru Operativnega programa razvoja človeških virov za obdobje 2007–2013, razvojne prioritete 3. »Razvoj človeških virov in vseživljenjskega učenja«, prednostne usmeritve 3.3 »Kakovost, konkurenčnost in odzivnost visokega šolstva«.

Literatura

- Boxwala, A.A., Dierks, M., Keenan, M., Jackson, S., Hanscom, R., Bates, D., et al., 2004. Organization and representation of patient safety data: current status and issues around generalizability and scalability. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(6), pp. 468–478.
<http://dx.doi.org/10.1197/jamia.M1317>
 PMID:15298992; PMCID:PMC524625
- Briggs, S.R. & Check, J.M., 1986. The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54(1), pp. 106–148.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1986.tb00391.x>
- Derganc, M. & Robida, A., 2011. *Poročilo ekspertnega nadzora*. Ljubljana: Zdravniška Zbornica Slovenije.
- Farley, D., Zheng, H., Rousi, E. & Leotsakos, A., 2013. *Evaluation of the WHO multi-professional patient safety curriculum guide*. Geneva: World Health Organization, p. 15.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M. & Donaldson, M.S., 2000. *To err is human. Building a safer health system*. Washington: National Academy Press, p. 1.
- Nemes, S., Jonasson, J.M., Genell, A. & Steineck, G., 2009. Bias in odds ratios by logistic regression modelling and sample size. *BMC Medical Research Methodology*, 9, p. 56.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-9-56>
 PMID:19635144; PMCID:PMC2724427
- Ridley, R.T., 2008. The relationship between nurse education level and patient safety: an integrative review. *Journal of Nursing Education*, 47(4), pp. 149–156.
<http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20080401-06>
 PMID:18468291
- Robida, A., 2004. Opozorilni nevarni dogodki: kakovost v zdravstvu. *Zdravniški vestnik*, 73(9), pp. 681–687.

- Robida, A., 2008. *Health professions education in Slovenia: a new challenge to overcome a quality gap*. Kranjska Gora, June 2008.
- Robida, A., 2012. Odkloni, napake, kultura obtoževanja in pravična kultura. In: Bahun, M., Kramar, Z. & Skela Savič, B. eds. *Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti - povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov: zbornik prispevkov. 5. dnevi Angele Boškin, Kranjska Gora: 20.-21. september 2012*. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 40-46.
- Robida, A., 2013. Perception of patient safety culture in Slovenian acute general hospitals. *Zdravniški vestnik*, 82(10), pp. 648-660.
- Robida, A., Derganc, M. & Lakić, N., 2013. *Poročilo izrednega strokovnega nadzora*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana.
- Robida, A., 2014. Ocena več poklicnega kurikulumu o varnosti pacientov študentov Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice in študentov šestih regij Svetovne zdravstvene organizacije. In: Skela Savič, B., Hvalič Touzery S. eds. *7. mednarodna znanstvena konferenca – Znanje, vrednote, prepričanja in dokazi za razvoj kakovostne zdravstvene obravnave: mesto in vloga zdravstvene nege, 12.-13. junij 2014, Bled, Slovenija*. [CD-ROM]. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 150-156.
- Sorra, J.S. & Dyer, N., 2010. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BioMed Central Health Services Research*, 10, p. 199. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-199> PMID:20615247; PMCID:PMC2912897
- Tourangeau, R. & Yan, T., 2007. Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), pp. 859–883. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859> PMID:17723033
- Veterans Health Administration National Center for Patient Safety, 2014. *Glossary of patient safety terms*. Available at: <http://www.patientsafety.va.gov/professionals/publications/glossary.asp> [31. 5. 2014].
- World Health Organization, 2008. *WHO patient safety curriculum guide for medical schools*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, 2011. *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. Geneva: World Health Organization.

Citirajte kot/Cite as:

Robida, A., 2014. Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 220-226. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.28>

Pregledni znanstveni članek/Review article

Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso

Comprehensive approach to the assessment and treatment of pain in dementia patients: evidentially based good practice recommendations

Radojka Kobentar

Ključne besede: bolečina; kognitivno funkcioniranje; demenca; zdravstvena obravnava; znanje

Key words: pain; cognitive functioning; dementia; medical treatment; knowledge

dr. Radojka Kobentar, viš. med. ses., prof. def., viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Jesenice, Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice, Slovenija

Kontaktne e-naslov/
Correspondence e-mail:
rkobentar@fzj.si

IZVLEČEK

Uvod: Neustrezna obravnava bolečine pri obolelih za demenco je neposredno povezana s slabšim kognitivnim funkcioniranjem, izgubo komunikacijskih sposobnosti ter omejitvami pri izražanju bolečine. Namen prispevka je predstavitev znanstvenih dokazov s področja ocene bolečine pri obolelih za demenco.

Metode: Uporabljen je sistematični pregled znanstvene in strokovne literature, omejene na objave v angleščini, nemščini in slovenščini ter izdajo v časovnem obdobju 2007–2013. Izbor člankov je bil določen glede na naslednje kriterije: dostopnost, znanstvenost, vsebinska ustreznost in aktualnost. Podatki so bili po izboru obdelani s kvalitativno vsebinsko analizo.

Rezultati: Z vsebinsko analizo 16 znanstvenih besedil so podana temeljna izhodišča za oceno in obravnavo bolečine pri obolelih za demenco. Tako je bilo identificiranih pet vsebinskih kategorij: razlogi za bolečino, spremljajoči znaki, instrumenti za ugotavljanje bolečine, zdravstvena obravnava in vloga medicinske sestre.

Diskusija in zaključek: Priporoča se, da se ocena bolečine pri obolelih za demenco obravnava celostno v kontekstu vedenjskih motenj, funkcioniranja in življenjskih pogojev. Na podlagi izsledkov bi bilo potrebno za obolele za demenco uporabiti primeren instrumentarij, ki bo del standarda kakovostne obravnave, saj obstajajo omejitve v zvezi s preverjanjem v klinični praksi.

ABSTRACT

Introduction: The improper treatment of pain is directly associated with the impairment of cognitive functioning, the loss of communication skills as well as the reduction of the ability to express pain. The aim of the paper is to present the scientific evidence in the field of the assessment of pain in dementia patients.

Methods: Systematic review of scientific and professional literature was used, limited to publications in the English, German and Slovenian language and the publishing date (2007–2013). The selection of the results was based on the following criteria: availability, scientific basis, contextual relevance and topicality of the source. Subsequently, the data were processed with the qualitative content analysis.

Results: Basic principles for the assessment and treatment of pain in people with dementia were extracted through the content analysis of 16 scientific texts. Five content categories were identified: reasons for the pain, accompanying signs, pain assessment tools, medical treatments and the role of nurses.

Discussion and conclusion: It is suggested that the comprehensive approach be adopted in the assessment of pain in dementia patients within the context of behavioral problems, their functioning and living conditions. Based on the present findings it would be necessary to adopt appropriate tools for the dementia patients as a part of the quality standard treatment due to limitations in verification within clinical practice.

Uvod

Po zadnjih podatkih v svetu živi kar 35,6 milijona oseb z demenco. Demografske napovedi kažejo, da bo leta 2030 njihovo število naraslo na okoli 65,7 milijona, leta 2050 pa kar na 115,4 milijona (World Health Organisation, 2012). Pri takšnih projekcijah se torej jasno postavlja vprašanje, kako smo se pripravljene soočiti s tako neugodnimi napovedmi.

Demenca je kronični napredujoči proces, ki najbolj prizadene možgane in kognitivne funkcije; od prvih znakov bolezni do smrti mine tudi do 20 let (Kogoj, et al., 2012). Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, DSM-IV) demenco uvršča med organske duševne motnje, pri čemer ločimo okoli 200 različnih oblik bolezni (World Health Organisation, 2012; Kobentar, 2011). Vzročni dejavniki za pojav demence so patološki procesi, ki neposredno prizadenejo nevrobiokemične strukture v možganih, ki ovirajo prenos informacij med posameznimi deli možganov (Kogoj, et al., 2012; World Health Organisation, 2012). Prevalenca bolezenskega procesa eksponentno narašča z višanjem kronološke starosti. Tako se demenca pojavlja pri 2–3 % populacije starosti 65 let, pri višji starosti pa se za vsakih 10 let delež obolelih kar potroji (Kogoj, et al., 2012). Prav slednje je razlog, zakaj prospektivne raziskave demografskih gibanj napovedujejo, da se bo v splošni populaciji delež obolelih za demenco v dveh desetletjih povečal za kar do 30 % (World Health Organisation, 2012). Da bi se spoprijeli s tako povečanim številom obolelih, bomo potrebovali tudi povečan obseg zdravstvene obravnave in zdravstvene nege (Kobentar, 2011).

Oboleli za demenco ob tej bolezni trpijo tudi za eno ali več drugih bolezni, ki se med drugim kažejo z bolečino (Lunder, 2014; Šeruga, 2014). V ustanovah in domačem okolju živijo številni oboleli z vidnimi znaki bolečine, ki pa je iz različnih vzrokov pogosto spregledana in/ali neustrezno obravnavana (Pieper, et al., 2011; Plooi, et al., 2012; Lunder, 2014). Vedeti moramo, da dokazana prevalenca bolečine pri obolelih za demenco znaša med 32 % in 56 % (Gilmore-Bykovsky & Bowers, 2013). V institucionalnem varstvu je le-ta višja in znaša med 40 % in 80 % (Cheung & Choi, 2008; Lunder, 2014).

Bolečina pri obolelih za demenco

Bolečina je neprijetna senzorična in emocionalna izkušnja, povezana z dejansko ali potencialno poškodbo tkiva (Kaasalainen, 2007; Šeruga, 2014). Pri tem gre za subjektivno doživljanje bolečine, pri čemer je pri osebah z demenco, ki niso zmožne verbalnega komuniciranja, njeno izražanje ovirano oz. omejeno (Cheung & Choi, 2008; Haasum, et al., 2011). Značilnosti bolečine pri obolelih so prepoznavne preko naslednjih oblik vedenja: vokalizacije, glasnega dihanja, mimike,

nemira in napetosti, agresivnosti ali otopelosti (Pieper, et al., 2011; Šeruga, 2014). Raziskave kažejo na neustrezno obravnavo bolečine, za kar obstaja več razlogov, predvsem omejenost ali odsotnost verbalne komunikacije in nezanesljivost vedenjskih kazalnikov, ki lahko kažejo tudi na nezadovoljene potrebe ali čustveno nelagodje (Lunder, 2014; Šeruga, 2014). Takšne spremembe vedenja se pogosto obvladuje s psihotropnimi zdravili, ki pa imajo svoje neželene učinke (Kobentar, 2011; Šeruga, 2014).

Bolečina pri obolelih za demenco se torej kaže z vedenjskimi in čustvenimi motnjami, zato je njeno ocenjevanje ključnega pomena, žal pa je pri obravnavani populaciji še vedno podcenjena in posledično neustrezno obravnavana (Lunder, 2014; Šeruga, 2014).

Namen in cilji

Namen pregleda znanstvenih dokazov je bil širše spoznavanje problema bolečine pri obolelih za demenco z vidika zdravstvene obravnave. Cilj je bil primerjati ugotovitve strokovnjakov o obravnavi bolečine pri obolelih za demenco. Raziskovalno vprašanje je bilo: Kako je obravnavana bolečina pri obolelih za demenco in kakšne so ugotovitve raziskav s tega področja?

Metode

V raziskavi je bil uporabljen sistematični pregled znanstvene in strokovne literature s področja ocene in obravnave bolečine pri obolelih za demenco.

Metode pregleda

Vključitveni kriteriji za uvrstitev člankov v pregled so podrobneje prikazani v Tabeli 1. Pri iskanju literature je bil uporabljen jezikovni kriterij, omejili smo se na članke objavljene v slovenščini, angleščini in nemščini. Vključeni so bili le članki, do katerih smo lahko dostopali v obsegu celotnih besedil. V sintezo so bili uvrščeni izvorni in pregledni znanstveni članki, v katerih poročajo o raziskavah s področja ocene in obvladovanja bolečine pri obolelih za demenco. Uporabljene ključne besede, povezane z Boolovimi operatorji (AND, OR, NOT), v angleščini so bile: pain assessment, treatment, pain, the behavioral observation, management, person with dementia, institutionalized, instruments, nursing care, nursing home, knowledge. Ključne besede iskanja v nemškem jeziku so bile: Schmerz, Demenz, Hirnstörungen. Slovenska literatura je bila iskana z naslednjimi ključnimi besedami: ocena bolečine, demenca, instrument za oceno, zdravstvena nega. Časovno obdobje objav je bilo v vseh primerih omejeno na leta 2007 do 2013. Iskanje literature je bilo opravljeno s pomočjo slovenske vzajemne bibliografsko-kataložne baze podatkov COBIB.SI in tujih podatkovnih baz ProQuest, PubMed ter Springer. Iskanje literature potekalo od januarja 2014 do aprila 2014.

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

Kriterij/ Criteria	Vključitveni kriteriji/ Inclusion criteria	Izključitveni kriteriji/ Exclusion criteria
Medicinska diagnoza	Demenca	Kognitivno ohranjeni
Prisotnost bolečine	Ocena in obvladovanje bolečine	Brez bolečin
Starost oseb	> 65 let	< 65 let
Kraj obravnave	Institucionalno varstvo in obravnava	Domače okolje
Vrsta publikacij	Objavljeni članki (izvirni, pregledni znanstveni, strokovni)	Neobjavljeni materiali
Časovno obdobje objav	2007–2013	Starejši od 7 let
Jezik	Slovenski, angleški, nemški	Drugi jeziki
Dostop	Celotna besedila	Kratka poročila, opisi

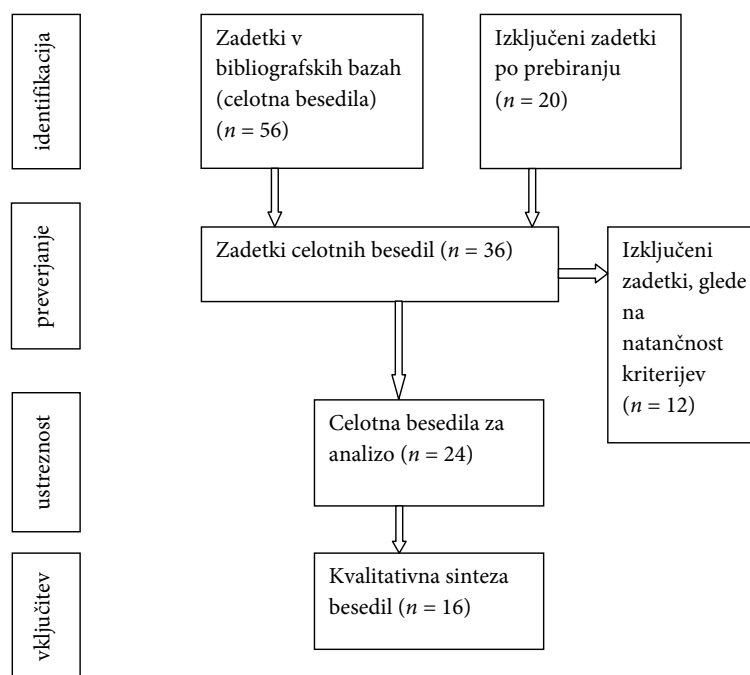
Rezultati pregleda

Specifikacija iskalnih pojmov in različne kombinacije ključnih besed z Boolovimi operaterji so podali širši nabor relevantne literature, prosto dostopne v celotnih besedilih, in sicer 56 zadetkov v slovenščini, angleščini in nemščini. Prebiranje vseh člankov je število pregledane literature omejilo na 36 enot, od tega jih je za namen pisanja preglednega članka vključenih 24, v vsebinsko analizo in sintezo pa 16. Potek pridobivanja relevantnih publiciranih člankov na temo bolečine pri obolelih za demenco je razviden na Sliki 1.

Ocena kakovosti pregleda in opis obdelave podatkov

Uporabljeni pristop je ponudil kakovostne strokovne, izvirne in pregledne znanstvene članke z

visokim številom navedenih referenc. Izborni kriteriji so temeljili na dostopnosti, znanstvenosti, vsebinski ustreznosti in aktualnosti članka. Hierarhija iskanja dokazov, kot jo opisuje Skela-Savič (2009), je glede na definirano raziskovalno vprašanje v končni analizi prikazala deset izvirnih znanstvenih člankov: randomizirano dvojno slepo raziskavo, nivo 1a ($n = 1$); nerandomizirane klinične raziskave, nivo 1b ($n = 5$); raziskave s korelacijo/opazovanjem, nivo 3 ($n = 4$); ter šest sistematičnih posamičnih pregledov kvalitativnih in opisnih raziskav, nivo 5 ($n = 6$). Natančen pregled v vsebinsko analizo in sintezo vključenih zadetkov je prikazan v Tabeli 2. Relevantni članki, ki opisujejo pojavljanje, ugotavljanje in obravnavo bolečine pri obolelih za demenco, so obdelani s kvalitativno metodo analize, kompilacije in sinteze besedil.



Slika 1: *Rezultati pregleda literature po metodologiji PRISMA* (Vir: Sak-Dankosky, et al., 2014)
 Figure 1: *Results of literature review based on PRISMA method* (Source: Sak-Dankosky, et al., 2014)

Rezultati

V Tabeli 2 je prikazan končni seznam člankov, vključenih v vsebinsko kvalitativno analizo.

Tabela 2: Seznam v končno analizo vključenih raziskav

Table 2: Index of included articles in the final analysis

Avtor-ji/ Autor-s	Metodologija/ Methods	Namen/ Aim	Vzorec/ Sample	Ugotovitve/ Results
Ahn, & Horqas (2013)	Kvantitativna raziskava	Raziskovanje vpliva bolečine na vedenje obolelih za demenco	56.577 oseb nad 65 let z diagnozo demence v dolgotrajni oskrbi v certificiranih domovih; Florida, ZDA	Bolečina je v pozitivni korelaciji z vedenjskimi motnjami in je potrebna ustrezne obravnave.
Cheung, & Choi (2008)	Kvantitativna opazovalna pilotna raziskava	Preizkušanje instrumenta PACSLAC za oceno bolečine	50 obolelih za demenco iz 4 domov; Nova Zelandija	Ugotovljena je visoka psihometrična zanesljivost instrumenta, le-ta je predlagan za uvvedbo v klinično prakso.
Flegel (2013)	Kvalitativna raziskava	Pregled instrumentov za oceno, obvladovanje bolečine pri demenci	Pregled literature	Približno 50 % obolelih za demenco ima razloge za bolečine ter potrebuje obvladovanje bolečine z uporabo medikamentozne terapije in nemedikamentoznih tehnik.
Gagnon, et al. (2013)	Kvalitativna opazovalna intervencijska raziskava	Vrednotenje znanja zaposlenih o bolečini pri obolelih za demenco	148 zaposlenih v dolgotrajni oskrbi, medicinske sestre in pomočniki; Kanada	Ugotovljena je potreba po uporabnem znanju za boljše obvladovanje bolečine v dolgotrajni oskrbi.
Gilmore- Bykovskiy, & Bowers (2012)	Kvalitativna pilotna raziskava	Ugotavljanje odnosa medicinskih sester v zvezi z obravnavo bolečine pri stanovalcih domov, obolelih za demenco	15 poglobljenih intervjujev (trajanje posameznega 46–96 min) s 13 medicinskimi sestrami; Wisconsin, ZDA	Ugotovljeno je pomanjkanje znanja medicinskih sester pri oceni bolečine ter posledično poznejša aplikacija analgetikov; opustitev ukrepanja pri bolečini je pri osebah z demenco pogostejše v primerjavi z zdravimi.
Haasum, et al. (2011)	Kvantitativna presečna raziskava	Preverjanje uporabe psihotropnih zdravil in analgetikov za obvladovanje bolečine pri obolelih za demenco	2.610 oseb nad 65 let z demenco, nastanjenih v institucionalni oskrbi; Švedska	Ugotovljeno je, da se bolečina pri osebah z demenco pogosteje obravnava s paracetomolom in psihotropnimi zdravili.
Hadjistavropoulos, et al. (2010)	Kvalitativna raziskava	Uporaba instrumentov za oceno bolečine pri osebah v dolgotrajni oskrbi in osebah z demenco	Sistematični pregled	Približno 50 % kognitivno ohranjenih in manj kot 25 % kognitivno prizadetih prejema protibolečinsko terapijo.

Se nadaljuje/Continues

Kaasalainen (2007)	Kvalitativna raziskava	Definiranje bolečine pri kognitivnih motnjah, bolečina pri demenci, neverbalne in vedenjske metode opazovanja bolečine, instrumentarij: Discomfort Scale for Patients with Dementia of the Alzheimer Type (DS-DAT) in številni drugi	Sistematični pregled	Ocena bolečine pri obolelih za demenco je zapletena, porajajo se dileme glede instrumentarija in znanja zaposlenih ob pomislekih pri razlagi točkovanja.
Mosele, et al. (2012)	Kvantitativna prospektivna raziskava	Primerjanje instrumentov za oceno bolečine pri obolelih za demenco	600 pacientov z različno ohranjenimi kognitivnimi sposobnostmi, od tega 310 obolelih za demenco, vsi v akutni bolnišnični obravnavi; Italija	Lestvica Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) je pokazala večjo stopnjo veljavnosti in zanesljivosti v primerjavi z Numerical rating scale (NRS), zato je prva primernejša za oceno bolečine pri demenčnih stanovalcih.
Pieper, et al. (2011)	Kvantitativna, dvojno slepa randomizirana raziskava	Preizkušanje učinka izvajanja protokola nizozemske različice Serial Trial Assessment of Protocol (STA-OP)	168 oseb nad 65 let z blago ali zmerno demenco, stanovalci domov starejših; Nizozemska	Predlaga se uporaba lestvic za oceno bolečine ob hkratnem ocenjevanju vedenja ter merjenjem učinka intervencij.
Plooi, et al. (2012)	Kvantitativna primerjalna raziskava	Ugotavljanje uporabe protibolečinske terapije pri obolelih za demenco	61 oseb nad 65 let z demenco, stanovalci domov starejših; Nizozemska	Ugotovljen je visok delež za demenco obolelih oseb z neustrezno obvladovano bolečino.
Scherder & Plooi (2012)	Kvalitativna raziskava	Prikaz pregleda različnih instrumentov za oceno bolečine in poročanja zaposlenih in svojcev o bolečini pri demenci, zdravljenje bolečine	Sistematični pregled	Centralna nevropatška bolečina se pojavlja pri Alzheimerjevi demenci in drugih oblikah; pojavljajo se dileme pri oceni bolečine z opazovanjem vedenjskih in vegetativnih znakov ter učinkoviti uporabi zdravil.
Scott, et al. (2011)	Kvantitativna presečna kohortna raziskava	Ugotavljanje obravnave bolečine in vedenjskih motenj pri obolelih za demenco v akutni obravnavi	250 oseb nad 65 let v akutni bolnišnični obravnavi v dveh bolnišnicah; Velika Britanija	Ugotavljanje in zdravljenje bolečine sta pomembna za obvladovanje vedenjskih motenj z manj stroškov in boljšim standardom bolnišnične obravnave.
Weitzel, et al. (2011)	Kvalitativna raziskava	Pregled specialnih potreb hospitaliziranih oseb, obolelih za demenco, v akutni obravnavi, obvladovanje bolečine	Sistematični pregled	Dokazana je ključna vloga medicinske sestre pri načrtovanju zdravstvene nege in priporočil za izvajalce zdravstvenih storitev.
Zwakhale, et al. (2007)	Kvantitativna presečna raziskava	Preverjanje in ugotavljanje znanja zaposlenih pred, med in po tečaju	123 diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov iz dveh domov starejših, vključenih v tečaj za obvladovanje bolečine; Nizozemska	Ugotovljene so razlike v znanju pri obvladovanju bolečine med posameznimi skupinami zaposlenih v zdravstveni negi.
Winkler, et al. (2008)	Kvalitativna raziskava	Prikaz pojavljanja in ugotavljanja bolečine z instrumenti za oceno bolečine	Deskriptivni pregled	Znanstveni dokazi potrjujejo visoko prevalenco za bolečino in višje tveganje za neustrezno obvladovanje bolečine.

Tabela 3: Sinteza znanstvene literature po kategorijah

Table 3: Synthesis of scientific literature by category

Kategorija/ Categorie	Opis/ Description	Avtorji/ Authors
Razlogi za bolečino pri osebah z demenco	Okvare centralnega živčevja povzročajo nevropatsko bolečino zaradi lezije kjerkoli v možganih npr. po možganski kapi.	Winkler (2008); Scherder & Plooi (2012); Flegel (2013)
	Komorbidnostni indeks pri obolelih za demenco kaže 19 bolezni, pri katerih je možna prisotnost bolečine.	Scott, et al. (2011)
	Vprašalnik za obolele vključuje bolezni in stanja, ki povzročajo bolečino (zlom, osteoporozo, revmatične bolezni, rak in drugo).	Haasum, et al. (2011); Plooi, et al. (2012)
Spremljajoči znaki in značilnosti bolečine	Bolečina se včasih kaže z manj očitnimi oblikami vedenja, kot so zmedenost, socialni umik, agresija, ali s subtilnimi spremembami v obnašanju, ki niso tipične za manifestacijo bolečine.	Kaasalainen (2007)
	V raziskavah so prikazane visoke korelacije nebesednih kazalnikov in bolečine.	Kaasalainen (2007); Cheung & Choi (2008); Pieper, et al. (2011); Mosele, et al. (2012); Gilmore-Bykovsky & Bowers (2013)
	Subjektivno občutenje bolečine je spremenjeno pri psihičnih stanjih: depresiji, žalosti, strahu ipd.	Winkler (2008)
	Bolečino lahko spremljajo vedenjski znaki neugodja, vznemirjenosti, nasilnosti, tesnobe, razdražljivosti, apatičnosti.	Gilmore-Bykovsky & Bowers, (2013)
	Bolečina se kaže tudi s tavanjem, agresivnostjo, vznemirjenostjo, nižjim kognitivnim funkcioniranjem, slabšim izvajanjem dnevnih aktivnosti.	Ahn & Horgas (2013)
	Uporabni instrumenti za ugotavljanje bolečine	Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), DOLOPLUS-2, Echelle comportamentale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA), Pain Assessment in the Communicatively Impaired (PACI).
MMSE (Mini Mental Status Examination) s sočasno uporabo lestvice za oceno bolečine.		Cheung & Choi (2008); Haasum, et al. (2011); Scherder & Plooi (2012)
Non-Communicative Patient's Pain Assessment (NOPPAIN), Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI), Numeric Rating Scale (NRS) Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE).		Kaasalainen (2007)
CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory) s sočasno uporabo lestvice za oceno bolečine.		Cheung & Choi (2008); Scott, et al. (2011)
Behavioral and psychiatric symptoms of dementia (BPSD) s sočasno uporabo lestvice za oceno bolečine.		Scott, et al. (2011)
Testiranje Pain Assessment Tool in Confused Older Adults (PATCOA) s sočasno uporabo lestvice Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI).		Mosele, et al. (2012)
Psihometrične lastnosti so testirane, vendar nekatere niso za uporabo v mirovanju (CNP, PAINAD).		Scherder & Plooi (2012)
Need-driven Dementia-compromised Behavior (NDB) s sočasno uporabo lestvice za oceno bolečine.		Ahn & Horgas (2013)
Zdravstvena obravnava bolečine		Medicinsko zdravljenje: paracetamol, opiodi in nesteroidna protivnetna zdravila.

Se nadaljuje/Continues

	Oboleli za demenco prejmejo manj protibolečinskih zdravil.	Kaasalainen (2007); Cheung & Choi (2008); Scott, et al. (2011); Scherder & Plooij (2012); Ahn & Horgas (2013)
	Nefarmakološke metode, kot so masaža, aromaterapija, glasba, predstavljajo ob zdravljenih pomemben del obravnave.	Kaasalainen (2007); Cheung & Choi (2008); Ahn & Horgas (2013)
	Predhodna kognitivna ocena MMSE in CMAI.	Cheung & Choi (2008); Haasum, et al. (2011); Scherder & Plooij (2012)
	Ni dokazane razlike pri uporabi zdravil proti bolečinam na vzorcu 2610 bolnikov. Življenje v instituciji poveča uporabo protibolečinske terapije tako pri bolnikih z demenco kot pri tistih brez nje. Diagnoza demenca je povezana z večjo uporabo psihotropnih zdravil.	Haasum, et al. (2011)
	Zdravljenje bolečine zahteva stopenjski pristop glede na vedenje, s kratko ali dolgo delujočimi analgetiki, glede na to, ali je bolečina akutna ali kronična.	Pieper, et al. (2011)
	Bolečina pri demenci je obravnavana enako kot pri drugih obolelih. Dementni bolniki z okvaro ledvic prejmejo več paracetamola in manj opioidnih zdravil oz. vrsta zdravila se določa glede na indeks komorbiditete.	Mosele, et al. (2012)
	Upad kognitivnih sposobnosti, zmanjšana motivacija, telesna nedejavnost otežujejo oceno in uporabo zdravil.	Plooij, et al. (2012)
	Demenca je dejavnik tveganja za neustrezno obravnavo bolečine.	Plooij, et al. (2012)
Vloga medicinske sestre pri ugotavljanju bolečine	Preverjanje znanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov o obvladovanju bolečine pri obolelih za demenco pred, med in po tečaju za oceno bolečine.	Zwakhalen, et al. (2007)
	Medicinske sestre so v zadregi pri iskanju primerne instrumenta za oceno bolečine, zato opazovanje obnašanja za oceno stanja in pomisleki ob točkovanju.	Kaasalainen (2007); Gagnon (2013)
	V preverjanje PASCLAC, instrumenta za izboljšanje ocene bolečine pri obolelih za demenco, je vključena medicinska sestra.	Cheung & Choi (2008)
	Medicinske sestre na Nizozemskem imajo daljše usposabljanje za delo z obolelimi za demenco in so vključene v raziskovanje. Usposabljanje medicinskih sester poteka skupaj z drugimi vključenimi v raziskavo. Vključene medicinske sestre so imele veliko izkušenj in visoko stopnjo znanja o demenci in bolečini.	Pieper, et al. (2011)
	Izvajajo se načrtovani nefarmakološki ukrepi. Vodijo se dnevniki, ki zagotavljajo dodatne informacije. Opazovalne instrumente izpisuje medicinska sestra.	Pieper, et al. (2011); Weitzel, et al. (2011)
	Medicinska sestra dela z bolnikom in prepozna vzroke za bolečino (zaprtje, osebna higiena itd.). Raziskovanje ji ponuja veliko izzivov za dobre medsebojne odnose, kontinuiteto informacij med zdravniki, medicinskimi sestrami in drugimi zaposlenimi.	Scott, et al. (2011)
	Ocenjevanje in zaznavanje intenzivnosti bolečine s PAINAD.	Mosele, et al. (2012)

Kvalitativna sinteza dobljenih podatkov s področja razumevanja in ocene bolečine pri obolelih za demenco je podala pet temeljnih vsebinskih kategorij (Tabela 3): razlogi za bolečino, spremljajoči znaki in značilnosti bolečine, instrumenti za ugotavljanje in ocenjevanje bolečine, zdravstvena obravnava bolečine in vloga medicinske sestre pri ugotavljanju bolečine.

Diskusija

Pri osebah z demenco je bolečina pogosto prisotna, saj jo po raziskavah doživlja 45 do 80 % obolelih v domovih starejših in nad 50 % obolelih v domači oskrbi (Haasum, et al., 2011; Pieper, et al., 2011; Gagnon, et al., 2013). Med najpogostejše razloge

za pojav bolečine pri kognitivnih motnjah lahko uvrstimo revmatični artritis, osteoporozo, zlom kolka, druge zlome, amputacije okončin, mišične krče in rak (Plooi, et al., 2012; Scherder & Plooi, 2012). Pri tem je potrebno upoštevati, da je razširjenost mišično-skeletne bolečine povezana s starostjo, saj obstajajo dokazi, da ima zato bolečine več kot 90 % oseb, starih med 71 in 91 let, živečih v instituciji ali domačem okolju (Scherder & Plooi, 2012). Vzroki za nevropatsko bolečino pa so ob tem še periferne vaskularne bolezni in nevropatije (Scherder & Plooi, 2012). Centralna nevropatska bolečina pri možganski kapi, ki jo povzročajo lezije kjerkoli v možganih ali hrbtenjači, je prisotna pri okoli 35 % prizadetih (Hadjistavropoulos, et al., 2010; Mosele, et al., 2012; Scherder & Plooi, 2012; Šeruga, 2014).

Oboleli za demenco so pri obravnavi bolečine diskriminirana skupina oseb, saj se le-ta v sistemu obravnave ravno pri oceni in obravnavi spriču upada kognitivnih sposobnosti in oslabilih komunikacijskih sposobnosti prepogosto spregleda (Pieper, et al., 2011; Plooi, et al., 2012; Lunder, 2014). Najpomembnejši pokazatelj navzočnosti bolečine pri obolenih je prav spremenjeno vedenje, ki pa ga je potrebno ustrezno ovrednotiti in ugotoviti morebitno korelacijo med pojavom bolečine ter zadovoljenimi potrebami. Vsakega spremenjenega vedenja pri obolenih še ne moremo pripisati bolečini, zaradi česar je še kako potrebno pojav oceniti in izključiti druge morebitne vzroke.

Pri oblikah bolečine imamo za njeno oceno pri kognitivno ohranjenih, ki so sposobni komunikacije in posredovanja izkušenj v zvezi z bolečino, na razpolago številne instrumente, npr. besedne, številke in analogne lestvice. Upoštevati je potrebno, da v napredovalem stadiju demence posamezniki niso sposobni razumeti niti najpreprostejših vprašanj o bolečini in se odzvati nanje, zato številni instrumenti niso ustrezni (Mosele, et al., 2012; Gagnon, et al., 2013). Razvitih je bilo več instrumentov z dobrimi psihometričnimi lastnostmi za oceno bolečine pri kognitivnih motnjah, kot so Doloplus 2, PAINAD, CNPI in drugi (Mosele, et al., 2012; Scherder & Plooi, 2012; Flegel, 2013).

Zdravstvena obravnava vedenjskih motenj pogosto vključuje aplikacijo psihotropnih zdravil. Dajanje psihotropnih in drugih zdravil pri vedenjskih motnjah utegne zabrisati bolečino, tudi akutno. Dokazano je, da oboleli za demenco redno uporabljajo 6,3 zdravila dnevno in da jih 63 % prejema psihotropna zdravila (Haasum, et al., 2011). Raziskovalci opozarjajo, da je v zdravstveni negi in obravnavi potrebno preučiti razmerje med kognitivnim funkcioniranjem in pojavom bolečine, ker prav ta odnos vpliva na visoko tveganje za nestrokovno obravnavo bolečine (Haasum, et al., 2011; Pieper, et al., 2011; Plooi, et al., 2012). Dejstvo je, da imajo osebe z demenco pogosto tudi druge bolezni, ki povzročajo bolečino, npr. revmatska obolenja, osteoporozo, osteoartritis, zlome vretenc,

kompresijo vretenc, rak in druge, zato je potrebna precejšnja previdnost (Haasum, et al., 2011).

V Združenih državah Amerike so za ugotavljanje sprememb vedenja v povezavi z zadovoljenimi potrebami in bolečino ter intervencijami za osebe z zmernim in hudim poslabšanjem kognitivnih funkcij sprejeli protokol Serial Trial Intervention (STI), iz katerega so nizozemski raziskovalci oblikovali revidirano verzijo Serial Trial Assessment of Protocol (STA-OP) (Pieper, et al., 2011). Slednji je sestavljen iz petih korakov ocene potreb: prvi vključuje ocenjevanje telesnih potreb kot verjetnih vzrokov za spremembe vedenja; drugi ocenjuje emocionalne potrebe obolenih za demenco; tretji vključuje presojo nefarmakoloških intervencij za obvladovanje vedenja; četrti zajema presojo o uporabi analgetikov; peti korak vključuje posvetovanje o uporabi psihotropnih zdravil pri bolečini. V dvojno slepih študijah so avtorji testirali uporabo protokola pri omenjeni populaciji in tako ugotovili nižji delež vedenjskih težav zaradi neugodja, kar je sicer lahko posledica različnih standardov obravnave v domovih starejših in izkušenosti ocenjevalcev (Pieper, et al., 2011). Klinični strokovnjaki ob tem ugotavljajo, da se zaradi vedenjskih znakov povečuje uporaba antipsihotikov, povečuje se tveganje za delirij, upočasni okrevanje in pospeši funkcionalni upad (Scott, et al., 2011; Haasum, et al., 2011).

V Veliki Britaniji so Scott in sodelavci (2011) raziskovali vedenjske znake pri bolečini v smislu kakovosti zdravstvene nege in oskrbe obolenih, njihovega počutja, aktivnosti zaposlenih in stroškov za zdravstveno obravnavo. Pri tem so uporabili ocenjevalne lestvice: za oceno vedenjskih motenj so uporabili Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), za oceno bolečine pri razviti demenci Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) in najpogosteje uporabljeno lestvico za oceno bolečine Visual Analog Scale (VAS). Pridobljene ugotovitve avtorjev kažejo, da neustrezna obravnava bolečine povzroči poslabšanje stanja in vedenjske težave (Scott, et al., 2011). Avtorji ob tem pri osebah nad 65 let opozarjajo na kar 42 % nenačrtovanih sprejemov obolenih za demenco v akutno obravnavo, kar podaljša hospitalizacijo, poveča indeks smrtnosti ter zviša tveganje za zaplete in povzroči iatrogeno škodo zaradi polipragmazije oz. škode zaradi sočasnega jemanja večjega števila predpisanih zdravil. Raziskava je tudi pokazala, da se je z izboljšanjem odkrivanja in zdravljenja bolečine zvišal standard bolnišnične oskrbe ter v povezavi s tem zmanjšali stroški in izboljšala kakovost življenja obolenih (Scott, et al., 2011).

Plooi in sodelavci (2012) so raziskovali obravnavo bolečine pri 63 stanovalcih z demenco in brez nje, živečih v šestih nizozemskih domovih za oskrbo starejših. Cilj njihove raziskave je bil ugotoviti razmerja med obravnavo bolečine in kognitivnim funkcioniranjem. Globalno kognitivno oceno so izmerili z Mini Mental

Status Examination (MMSE). Ugotovili so, da 45 % obolelih ni prejelo terapije kljub ugotovljeni bolečini in da so tisti s kognitivno motnjo prejeli znatno manj analgetikov kot kognitivno ohranjeni (Plooi, et al., 2012). V povezavi s tem številni avtorji (Winkler, 2008; Plooi, et al., 2012) ugotavljajo, da splošno mnenje, da kognitivne motnje vplivajo na izražanje bolečine, ne temelji na znanstvenih trditvah, res pa je, da te ovirajo bolnikovo sposobnost izražanja bolečine. Plooi in sodelavci (2012) navajajo še, da so posamezniki brez kognitivnih motenj prejeli več zdravil proti bolečinam kot tisti s kognitivnimi motnjami. Visoka korelacija med kognitivnimi funkcijami, izmerjenimi z MMSE, in intenzivnostjo bolečine je pozitivno povezana s predpisovanjem protibolečinske terapije. Končne ugotovitve avtorjev jasno kažejo na dejstvo, da kar 45 % obolelih kljub bolečinam ni prejelo terapije (Plooi, et al., 2012).

Omenjena dejstva izpodbija študija, izvedena na Švedskem, ki je zajela dve skupini oseb, z demenco in brez nje, v institucionalni oskrbi in domačem varstvu, na vzorcu 2.610 udeležencev, starih nad 65 let. Raziskava naj bi pokazala farmakološko obravnavo bolečine pri osebah z demenco in brez nje, upoštevajoč nastanitvene in druge razmere. Ugotovitve študije pa zlasti kažejo na to, da so imele osebe z demenco približno enako farmakološko obravnavo s katerim koli zdravilom, od paracetamola, opioidov do nestereoidnih protivnetnih zdravil, upoštevajoč prilagoditvene težave (Haasum, et al., 2011). Isti avtorji ob tem tudi poročajo, da so prejšnje študije očitno povečale zavedanje o bolečini pri obolelih za demenco.

Ne smemo pozabiti, da so pri vseh omenjenih postopkih prav medicinske sestre neposredni aktivni sodelavci v multidisciplinarnem timu. Prav te navajajo pomanjkanje znanja in kompetenc, da z ustreznimi instrumenti izmerijo stopnjo bolečine tudi pri obolelih za demenco (Gagnon, et al., 2013; Gilmore-Bykovsky & Bowers, 2013). V slovenskem prostoru je to področje zdravstvene nege in oskrbe iz različnih razlogov na skrajnem obrobju strokovnih obravnav, zato standarda za obravnavo bolečine pri tovrstnih bolnikih (še) nimamo. Drugi razlog pa je, da je veliko število obolelih vključenih v institucionalno varstvo (tudi do 60 % populacije v domovih starejših ima medicinsko diagnozo demenca), kjer pa so medicinske sestre maloštevilne in je zato njihovo delovanje omejeno (Kobentar, 2011; Gagnon, et al., 2013; Gilmore-Bykovsky & Bowers, 2013). Vedenjske motnje se obravnavajo pretežno s psihotropnimi zdravili, le-ta pa s svojimi neželenimi učinki povzročijo težave, kot so vrtoglavica, znižanje krvnega tlaka, zgibke (Kobentar, 2011).

Nezdravljena bolečina je povezana z depresivnostjo, anksioznostjo in vznemirjenostjo, kar vpliva na zmanjšano kakovost življenja obolelih (Haasum, et al., 2011). Pomembno je omeniti, da prisotnost

bolečine povečuje tveganje za padce in druge zaplete, zaradi katerih se podaljšuje zdravljenje in posledično stroški bolnišničnega zdravljenja. Vemo tudi, da bolečina povzroča funkcionalne motnje, spremembe razpoloženja, motnje spanja, slabši apetit z vsemi posledicami, kar so prav tako pomembni dejavniki, ki vplivajo na izid obravnave (Mosele, et al., 2012). Scherder in Plooi (2012) navajata, da vedenjske motnje, kot so agresivnost, tresenje, fizična neaktivnost ter avtonomni odzivi (krvni tlak, srčni utrip), lahko spremlja nevropatska bolečina.

V protokol obravnave obolelih za demenco bi bilo zato potrebno vključiti tudi oceno bolečine, izmerjeno na primeren način, torej s primernim instrumentom z visokimi psihometričnimi lastnostmi. Ker pa oboleli za demenco različno dojemajo bolečino, se prag za bolečino pri njih premakne, saj s starostjo upada število opioidnih receptorjev v možganih, zato le-ti bistveno slabše prenašajo bolečino kot mlajši oboleli, tako pogosto pride do preobčutljivosti za bolečino ali hiperanalgezije (Flegel, 2013). Isti avtor tudi opozarja, da oboleli za demenco, zaradi slabše porazdelitve zdravilnih učinkovin, težje prenašajo opioide in druge systemske analgetike (Flegel, 2013). Tako so možgani bolj dovzetni za neželene učinke centralno delujočih analgetikov. Jetrna presnova je ob tem manj učinkovita, ledvice pa pri teh obolelih presnovke izločajo počasneje. Winkler (2008) in Flegel (2013) še opozarjata, da je potrebno upoštevati interakcije med več vrstami zdravil. Poleg farmakoloških ukrepov je vedno potrebno, poprej ali ob njih, uporabiti nefarmakološke intervencije, ki sodijo v delokrog medicinske sestre (Zwakhalen, et al., 2007; Gagnon, et al., 2013).

Tovrstna raziskovanja na področju ocene bolečine so pomembno prispevala k razvoju učinkovitih instrumentov za oceno značilnosti bolečine pri obolelih za demenco, ob upoštevanju vseh spremljajočih dejavnikov in vedenjskih sprememb. V evropskem prostoru se tako največ uporabljajo lestvice Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), DOLOPLUS-2, Echelle comportamentale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA), Pain Assessment in the Communicatively Impaired (PACI), Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate (PACSLAC), Nursing Assistant-Administered Pain Assessment Instrument for Use in Dementia (NOPPAIN), Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI), Numeric Rating Scale (NRS), Faces Pain Scale (FPS), Color Pain Assessment Scale (CPAS), Color Pain Assessment (CPA), Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE) in druge izvedene različice (Kaasalainen, 2007; Weitzel, et al., 2011; Mosele, et al., 2012). V slovenskem prostoru se za oceno bolečine pri obolelih za demenco uporablja lestvica PAINAD. Ocenjevanje bolečine v domovih starejših občanov ni vključeno v standard obravnave, razen v paliativni oskrbi (Pernelj & Lunder, 2010).

Instrumentarij, ki bo dokončno sprejet v klinični praksi mora imeti dobre psihometrične lastnosti in visoko notranjo konsistentnost, zanesljivost, objektivnost in veljavnost.

Strokovnjaki ob tem opozarjajo na razlike med posameznimi državami, in sicer glede standardov obravnave obolenih, organizacije, kompetenc ter usposobljenosti medicinskih sester in zdravnikov, zaposlenih v institucionalnem varstvu (Zwakhalen, et al., 2007; Cheung & Choi, 2008; Pieper, et al., 2011; Gagnon, et al., 2013). V državah, kjer imajo oblikovane smernice obravnave in izdelan instrumentarij za oceno bolečine, obolenim za demenco predpišejo protibolečinsko terapijo. Pomemben prispevek k razvoju tega področja je dosežen z raziskavami, ki v zadnjem času poročajo o učinkoviti uporabi farmakoloških in nefarmakoloških metod pri obravnavi bolečine (Haasum, et al., 2011).

V povezavi z ocenjevanjem bolečine pri obolenih za demenco je potrebno opozoriti na kompetence medicinske sestre, zaposlene v socialnovarstvenih zavodih. Medicinske sestre v nizozemskih specializiranih domovih za obravnavo oseb z demenco imajo daljše specializirano usposabljanje in sodelujejo v multidisciplinarnih timih. Poročajo, da se je z uporabo protokola za obravnavo bolečine pričakovano izboljšalo razpoloženje obolenih, manj je vedenjskih motenj, uporablja se več protibolečinskih zdravil, manj antipsihotikov, tako da je posledično tudi manj neželenih učinkov zdravil in drugih zdravstvenih tveganj (Pieper, et al., 2011).

Omejitve analize se nanašajo na omenjeno populacijo, kjer niso povsod natančno opredeljeni stopnje kognitivnega upada, indeks komorbidnosti, funkcionalne sposobnosti, vedenje in ocene bolečine. Sicer so preizkušeni različni instrumenti, vendar vsaka nova raziskava med drugim konkretno opozori tudi na slabosti instrumentarija. V slovenskem prostoru je žal na tem področju malo raziskav, to stanje bi v prihodnosti kazalo spremeniti, in sicer v dobrobit obolenih ter strokovnega področja.

Zaključek

Zdravstvena obravnava obolenih za demenco v Sloveniji nujno potrebuje nacionalne smernice, enotne standarde in protokole z dokazano najboljšimi izidi, ki bodo slehernemu prizadetemu omogočili kakovostno življenje brez bolečin. V tem kontekstu ni moč prezreti pomembne vloge medicinske sestre, ki mora temeljiti na znanju in kompetencah in katero je kot članico tima potrebno enakovredno vključiti v obravnavo. Raziskave namreč jasno potrjujejo pomen vključenosti medicinske sestre, dodatno izobražene in opolnomočene za delo z obolenimi za demenco, ob upoštevanju vseh spremljajočih motenj in potencialnih zapletov, kjer so prav medicinske sestre osrednji ključni člen kakovostne obravnave.

Literatura

Ahn, H. & Horgas, A., 2013. The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BioMedCentral Geriatrics*, 13, p. 14.

Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/14> [20. 3. 2014].

<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-13-14>

Cheung, G. & Choi, P., 2008. The use of the Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) by caregivers in dementia care facilities. *The New Zealand Medical Journal*, 121(1286), pp. 21-29. PMID:19098945

Flegel, K., 2013. People with dementia need better pain management. *Canadian Medical Association Journal*, 10(1), p. 185.

Gagnon, M.M., Hadjistavropoulos T. & Williams, J., 2013. Development and mixed-methods evaluation of a pain assessment video training program for long-term care staff. *Pain Research & Management*, 18(6), pp. 307-312. PMID:23957021; PMCID:PMC3917794

Gilmore-Bykovskiy, A.L. & Bowers, B.J., 2013. Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), pp. 127-138.

<http://dx.doi.org/10.3928/19404921-20130110-02>

PMid:23330944; PMCID:PMC3634876

Haasum, Y., Fastbom, J., Fratiglioni, L., Kåreholt, I. & Johnell, K., 2011. Pain treatment in elderly persons with and without dementia: a population-based study of institutionalized and home-dwelling elderly. *Drugs & Aging*, 28(4), pp. 283-293.

<http://dx.doi.org/10.2165/11587040-000000000-00000>

PMid:21428463

Hadjistavropoulos, T., Fitzgerald, T.D. & Marcholdron, G.P., 2010. Practice guidelines for assessing pain in older persons with dementia residing in long-term care facilities. *Physiotherapy Canada*, 62(2), pp. 104-113.

Kaasalainen, S., 2007. Pain assessment in older adults with dementia: using behavioral observation methods in clinical practice. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(6), pp. 6-10. PMID:17598622

Kobentar, R., 2011. *Modeli obravnave oseb z demenco v domovih starejših občanov: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška Fakulteta, pp. 79-87, 95-96.

Kogoj, A., Darovec, J., Kores-Plesničar, B., Muršec, M., Pišljarič, M., Pregelj, P., et al. eds. 2012. *Smernice za diagnostiko in zdravljenje demenc*. Ljubljana: Združenje psihiatrov pri SZD.

- Lunder, U., 2014. Značilnosti paliativne oskrbe v domovih starejših občanov. In: Hozjan J. ed. *Paliativna zdravstvena nega in oskrba v socialnovarstvenih zavodih: zbornik predavanj z recenzijo*. 33. strokovno srečanje, Lendava 15. in 16. april 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 7-15.
- Mosele, M., Inelmen, E.M., Toffanello, E.D., Girardi, A., Coin, A., Sergi, G., et al., 2012. Psychometric properties of the pain assessment in advanced dementia scale compared to self assessment of pain in elderly patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34(1), pp. 38-43. <http://dx.doi.org/10.1159/000341582> PMID:22907210
- Peternelj, A. & Lunder, U. eds. 2010. *Izvajanje celostne paliativne oskrbe v ljubljanski, gorenjski in pomurski regiji: pilotni projekt*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Pieper, M.J.C., Achterberg, W.P., Francke, A.L., Van der Steen, J.T., Scherder, E.J.A. & Kovach, C.R., 2011. The implementation of the serial trial intervention for pain and challenging behaviour in advanced dementia patients (STA OPI): a clustered randomized controlled trial. *BioMedCentral Geriatrics*, 11, p. 12 Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/12> [20. 3. 2014].
- Plooj, B., Van der Spek, K. & Scherder, E.J.A., 2012. Pain medication and global cognitive functioning in dementia patients with painful conditions. *Drugs & Aging*, 29(5), pp. 377-384. <http://dx.doi.org/10.2165/11630850-000000000-00000> PMID:22550967
- Sak-Dankosky, N., Adruszkiewicz, P., Sherwood, R.P. & Kvist T., 2014. Integrative review: nurses' and physicians' experiences and attitudes towards inpatient-witnessed resuscitation of na adult patient. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), pp. 957-974. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12276> PMID:24164440
- Scherder, E.J. & Plooj, B., 2012. Assessment and management of pain, with particular emphasis on central neuropathic pain, in moderate to severe dementia. *Drugs & Aging*, 29(9), pp. 701-706. PMID:23018606
- Scott, S., Jones, L., Blanchard, M.R. & Sampson, E.L., 2011. Study protocol: the behaviour and pain in dementia study (BePAID). *BioMedCentral Geriatrics*, 11, p. 61. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/61> [20. 3. 2014]. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-61>
- Skela-Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 209-222.
- Šeruga, M., 2014. Obvladovanje bolečine v paliativni oskrbi. In: Hozjan, J. ed. *Paliativna zdravstvena nega in oskrba v socialnovarstvenih zavodih: zbornik predavanj z recenzijo*. 33. strokovno srečanje, Lendava 15. in 16. april 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 117-124.
- Weitzel, T., Robinson, S., Barnes, M.R., Berry, T.A., Holmes, J.M., Mercer, S., et al., 2011. The special needs of the hospitalized patient with dementia. *Medsurg Nursing*, 20(1), pp. 13-19. PMID:21446290
- Winkler, A., 2008. Schmerz bei Demenz II. Der Einfluss von Hirnleistungsstörungen auf Nozizeption und Schmerzwarnnehmung. *Focus Neurogeriatrie*, 2(2), pp. 26-32. <http://dx.doi.org/10.1007/s12151-008-0119-5>
- World Health Organization, 2012. *Dementia: a public health priority*. Geneva: World Health Organization, pp. 12-63.
- Zwakhalen, S.M., Hamers, J.P., Peijnenburg, R.H. & Berger, M.P., 2007. Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain Research & Management*, 12(3), pp. 177-184. PMID:17717609; PMCID:PMC2670708

Citirajte kot/Cite as:

Kobentar, R., 2014. Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), 227-237. <http://dx.doi.org/10.14528/snr.2014.48.3.29>

NAVODILA AVTORJEM

Splošna načela

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

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

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

Opredelitev tipologije

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

Metodološka struktura članka

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

Strukturirani izvleček naj vsebuje naslednje strukturne dele:

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

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

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

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

Struktura izvirnega znanstvenega članka (1.01)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Za zaključkom sledijo navedbe:

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

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

Struktura preglednega znanstvenega članka (1.02)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Struktura strokovnega članka (1.04)

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

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

Literatura

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

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

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

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

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

Primeri za citiranje literature v seznamu

Knjige:

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

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

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

Knjige, ki jih je uredil eden ali več urednikov:

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

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

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

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

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

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

Anonimno delo (avtor ni naveden):

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

Delo korporativnega avtorja:

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

Članki iz revij:

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

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

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

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

Članki iz suplementa revije in suplementa številke revije:

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

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

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

Prispevki iz zbornika referatov:

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

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

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

Diplomska, magistrska dela in doktorske disertacije:

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

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

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

Zakoni, kodeksi, pravilniki:

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

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

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

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

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

Zgoščenke (CD-ROMi):

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

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

NAVODILA ZA PREDLOŽITEV ČLANKA

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

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

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

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

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

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

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

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

Sodelovanje avtorjev z uredništvom

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

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

NAVODILA ZA DELO RECENZENTOV

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

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

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

Posodobljeno: 15. 3. 2014

Citirajte kot/Cite as:

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

MANUSCRIPT SUBMISSION GUIDELINES

General policies

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

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

The title of the article, abstract and key words, tables (descriptive title and legend), illustrations (charts, diagrams, signed photographs) must be submitted

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

Tables and other data supplements should adequately accompany the text. The authors should refer to each of these supplements in the text. The use of footnotes and endnotes is not allowed.

Typology of articles

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

Methodological structure of an article

The title, the abstract and the key words should be written in the Slovene and English language. A concise but informative title should convey the nature, content and research design of the paper. It must not exceed 120 characters. Up to six key words separated by a semicolon and not included in the title, define the article content and reflect the article's core topic or message. Articles must be accompanied by an abstract of no more than 150-250 words written in the third person. Abstracts accompanying articles must be structured and should not include references.

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

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

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

Results: This section briefly summarizes and discusses the major findings. The information indicated in this section should be directly connected to the research question. In quantitative studies it is necessary to state the statistical validity and statistical significance of the results.

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

Both, the positive and the negative research findings should be adequately presented.

Structure of an Original Scientific Article (1.01)

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

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

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

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

The *description of a sample* defines the population from which the sample has been drawn, the type of the sample, the response rate of the participants, the respondents' demographics (gender, educational level, length of work experience, post currently held, and the like). In qualitative research, the category of sampling technique and the inclusion criteria are also defined and the sample size saturation is explained.

The *description of the research procedure and data analysis* includes ethical approvals to conduct a

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

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

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

Conclusion: Summarised in this section are the author's principal points and transfer of new findings into practice. The section may conclude with specific further research proposals grounded on the substantive content, conclusions and contributions of the study, albeit limitations cited.

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

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

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

Structure of a Review Article (1.02)

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

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

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

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

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

The *results of the review* include the number of hits, the number of reviewed research works, the number of included and excluded sources consulted.

The *quality assessment of the review and the description of data processing* include the assessment of the research approach and the data obtained as well as the quality of included research works, the final criteria to include or exclude the sources of evidence consulted and the data processing method.

The **results** are presented in the form of a diagram of all the research stages of the review. The international standards for the presentation of the literature review results may be used for this purpose (e.g. PRISMA for systematic review). The results should include a quality analysis of the sources included from the view point of the research methods used. It should be evident which studies are included in the review according to hierarchy of evidence. The results are presented verbally and visually, the main findings concerning the research design should also be included. In qualitative synthesis the codes and categories are used as a result of the qualitative synthesis review. In quantitative analysis, the statistical methods of data processing of the used scientific works are described.

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

The **conclusion** section emphasises the contribution of the literature review conducted, it sheds light on any gaps in previous research, it identifies the significance of further research, the translation of new knowledge and recommendations into practice/research/education/management by taking into consideration the research limitations. It also pinpoints theoretical concept which may guide or direct further research.

Structure of a Professional Article (1.04)

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

Literature Citation

In academic writing the authors are required to acknowledge the sources from which they draw their information, including all statements, theories or methodologies applied. The authors should follow the *Harvard referencing system (Anglia 2008)* for in-

text citations and in the reference list at the end of the paper. **In-text citations** or parenthetical citations are identified by the authors' surname and the publication year positioned within parenthesis immediately after the relevant word and before the punctuation mark: (Pahor, 2006). If a citation functions as a sentence element, the author's surname is followed by the year of publication within parenthesis: Pahor (2006). In case of two authors, their surnames are separated by a »&«: (Stare & Pahor, 2010). *Up to two authors* only are given in the text: (Rhodes & Pearson, 2006). If there are *more than two authors*, only the first author's last name is noted followed by et al. (Chen, et al., 2007). Several references are listed in the chronological sequence of publication, from the most recent to the oldest. If several references were published in the same year, they are listed in alphabetical order. Semicolon is used to separate each author: (Bratuž, 2012; Pajntar, 2013; Wong, et al., 2014).

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

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

All in-text citations should be listed in the **reference list** at the end of the document. When someone's work is cited in the text (an in-text citation), a full reference for it needs to be created at the end of the paper. **The end-of-text citation or the reference list** should include all *published* material used in the paper. Therefore, background material or further reading material which is not referred to in the running text should not be included. The reference list is arranged in alphabetical order according to authors' last name. All in-text citations must have a corresponding detailed entry at the end of the paper in the reference list. The in-text citations and the end-of-text citation should be congruent to each other. In-text citations should not refer to unpublished sources. If there are several authors, the in-text citation includes only the last name of the first author

followed by the phrase et al. and the publication date. When authors number more than six, the reference list includes the first six authors' names followed by et al. The list of references should be in alphabetical order according to the first author's last name, character size 12pt with single spaced lines, aligned left and with 12pt spacing after references (paragraph spacing).

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

Citation Examples by Type of Reference

Citing books:

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

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

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

Citing a book edited by one or multiple authors:

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

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

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

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

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

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

Citing anonymous works (author is not given):

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

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

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

Citing a journal article:

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

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

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

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

Citing an article from a journal supplement or issue supplement:

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

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

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

Citing from published conference proceedings:

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

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

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

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

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

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

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

Citing laws, codes and regulations:

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

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

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

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

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

Citing compact disk material (CD-ROM):

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

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

ARTICLE SUBMISSION GUIDELINES

The corresponding author must submit the manuscript, the authorship statement and a cover letter electronically using the online submission form to: **obzornik@zbornica-zveza.si**

- **The electronic version of the manuscript** must be in a Microsoft Word-compatible format and one copy in the PDF (portable document format); manuscript file name follows this format: SURNAMEOFHTEFIRSTAUTHOR_First_three_words_of_the_title (e.g. BABNIK_Health_literacy_concept);
- **The authorship statement** (a form available at the Review website) must be undersigned by all the authors in order in which each is listed in the authorship of the article. A scanned copy of the statement must be submitted as an attachment to the e-mail message. If scanning is not possible, the original version of the statement may be sent to: Obzornik zdravstvene nege, Ob železnici 30a, 1000 Ljubljana.
- **A cover letter to editor** must include a complete home and mailing address, telephone number of the correspondent author who will be responsible for communication with the editorial office.

The following manuscript format for submissions should be used: The text of the manuscript should be formatted for A4 size paper, double spacing, written in Times New Roman font, font size 12pt with 25 mm wide margins. Recommended is the use of Microsoft Word template available at the Slovenian Nursing Review website. The title page includes the title of the article in the Slovene and English language, the full names of the author/s, key words and abstract in the Slovene language and key words and abstract in the English language. This is followed by the full names of the authors, their highest earned academic degrees, habilitation qualifications and their institutional affiliations and status. The name of the designated corresponding author is also given with their complete home and mailing address, and a telephone number. A corresponding author is responsible for communicating with the editor and with other authors about revisions and final approval of the proofreadings. The information on the source of the article may be also added (e.g. diploma thesis). The text continues with the complete article and references. The authors should observe SI units as set forth in Metrology Act.

Tables contain information organised into discrete rows and columns. They are sequentially numbered with Arabic numerals throughout the document according to the order in which they appear in the text. They should include at least two columns, a descriptive, but succinct title (*above the table*), the title row, optional row totals and column totals summarizing the data

in respective rows and columns, and, if necessary, the notes and legends. The descriptive titles and legends should be in Slovene and English. There are no empty cells left in a table and the table size should not exceed 57 lines. Tables must conform to the following type: All tabular material should be 11pt font, single spacing, 0.5 pt spacing, left alignment in the first row and in all columns with the text, centre alignment in the columns with statistical data, with no intersecting vertical lines.

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

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

The editor - author relationship

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

GUIDE TO REVIEWERS

Reviewers play an essential part in science and in scholarly publishing. They uphold and safeguard the scientific quality and validity of individual articles

and also the overall integrity of the Slovenian Nursing Review. Reviewers are selected independently by the editorial committee on account of their content or methodological expertise. For each article, reviewers must complete a review form including criteria for evaluation. The manuscripts under review are assessed in light of the journal's guidelines for authors, the scientific and professional validity and relevance of the topic, and methodology applied. Reviewers may add language suggestions, but they are not responsible for grammar or language mistakes. The title should be succinct and clear and should accurately reflect the topic of the article. The abstract should be concise and self-contained, providing information on the objectives of the study, the applied methodology, the summary and significance of principal findings, and major conclusions. Reviewers are obliged to inform the editorial committee of any inconsistencies.

The review focuses also on proper use of the conventional citation style and accuracy and consistency of references (concordance of in-text and and-of-text reference), evaluation of sources (recency of publication, reference to domestic sources on the same or similar subjects, acknowledgement of other publications, possible avoidance of the works which contradict or disaccord with the author's claims and conclusions, failure to include quotations or give the appropriate citation). All available sources need to be verified.

The figures and tables must not duplicate the material in the text. They are assessed in view of their relevance, presentation and reference to the text. Special attention is to be paid to the use of abbreviations and acronyms. One of the functions of reviewers is to prevent any form of plagiarism and theft of another's intellectual property.

Reviewers are not allowed to copy, distribute or misuse the content of the articles. The reviews are subjected to an external, blind, peer review process. A prospective reviewer will receive an e-mail inviting him/her to review a manuscript and an abstract of the submission with the authors' names removed from the document. For each article, reviewers must complete a review form with the evaluation criteria laid out therein. The directions for assessment are provided in a review form, available on the Slovenian Nursing Review website. The reviewer may accept the manuscript for publication as it is or may require revision, remaking and resubmission if significant changes to the paper are necessary. The manuscript is rejected if it fails to meet the required criteria for publication or if it is not suitable for this type of journal. All comments and suggestions to the author are outlined in detail within the text by using the MS Word function *Track changes*. The reviewer should be careful to mask their identity before applying this function. The final acceptance and publication decision rests with the editorial committee.

Updated on March 15, 2014

Cite as:

Slovenian Nursing Review: author/reviewer guidelines, manuscript submission guidelines, 2014. Available at: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/eng/Information_for_authors.aspx [15. 3. 2014].

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIAN NURSING REVIEW

NAROČILNICA

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

Ime: _____

Priimek: _____

Ulica: _____

Pošta: _____

Obkrožite vaš status: študent/ka, zaposlen/a, upokojen/a.

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

Kraj in datum: _____ Podpis: _____



OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE SLOVENIAN NURSING REVIEW

NAROČILNICA

Smo pravna oseba in naročamo __ izvod/ov **OBZORNIKa ZDRAVSTVENE NEGE** na naslov:

Ime / Naziv: _____

Ulica: _____

Pošta: _____

Naročnino bomo poravnali v osmih dneh po prejemu računa. Davčna številka: _____

Kraj in datum: _____ Podpis in žig: _____

OBZORNIK ZDRAVSTVENE NEGE

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

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

Ustanovitelj in izdajatelj:

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

Glavna in odgovorna urednica:

izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič

Urednica, izvršna urednica:

pred. Andreja Mihelič Zajec

Urednica, spletna urednica:

doc. dr. Ema Dornik

Uredniški odbor:

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

Lektorica za slovenščino:

Ana Božič

Lektorica za angleščino:

Tina Levec

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

E-naslov: obzornik@zbornica-zveza.si

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

Letna naročnina za tiskan izvod (2014): 10 EUR za dijake, študente in upokojenke; 25 EUR za posameznike - fizične osebe; 70 EUR za pravne osebe.

Naklada: 1400 izvodov

Tisk in prelom: Tiskarna Radovljica

Tiskano na brezislinskem papirju

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

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

Izdajo Obzornika zdravstvene nege v letu 2014 na podlagi *Javnega razpisa za sofinanciranje izdajanja domačih znanstvenih periodičnih publikacij v letu 2013 in 2014* sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije (pogodba 630-194/2013-1).

Kazalo/Contents

UVODNIK/LEADING ARTICLE

Effects of nursing care on patient outcomes: times to reflect and to take decisions

Učinki zdravstvene nege na izid zdravljenja: čas za refleksijo in ukrepanje

Alvisa Palese

164

IZVIRNI ZNANSTVENI ČLANEK/ORIGINAL SCIENTIFIC ARTICLE

A comparison of frequency of medical interventions and birth outcomes between the midwife led unit and the obstetric unit in low-risk primiparous women

Primerjava pojavnosti medicinskih intervencij in porodnih izidov pri nizkorizičnih prvorodnicah v samostojni babiški enoti in porodni enoti

Anita Prelec, Ivan Verdenik, Angela Poat

166

Understanding the attitudes of paramedics towards suicidal patients

Razumevanje odnosa reševalcev do pacientov, ki so samomorilno ogroženi

Barbara Rant, Branko Bregar

177

Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu z njihovo obravnavo

Elderly users' satisfaction with home nursing care

Danica Železnik, Sanda Rajčič

195

Aktivnosti za preprečevanje padcev v rehabilitaciji pacientov po možganski kapi in njihov učinek na incidenco padcev

Fall prevention activities for inpatients at stroke rehabilitation setting and their impact on the incidence of falls

Natalija Kopitar, Nika Goljar, Vesna Mlinarič Lešnik

206

Vpliv ovite popkovnice na pojavnost operativnega dokončanja poroda

Impact of wrapped umbilical cord on the incidence of operative delivery

Tanja Petrova, Miha Lučovnik

215

Odnos in znanje kliničnih mentorjev zdravstvene nege o varnosti pacientov

Attitude and knowledge of nursing clinical mentors about patient safety

Andrej Robida

220

PREGLEDNI ZNANSTVENI ČLANEK/REVIEW ARTICLE

Celostni pristop k ugotavljanju in obravnavi bolečine pri obolelih za demenco: na dokazih podprta priporočila za dobro prakso

Comprehensive approach to the assessment and treatment of pain in dementia patients: evidentially based good practice recommendations

Radojka Kobentar

227

